



보건복지부

한국한의학진흥원



동신대학교

목차



제1장

재택의료센터란? / 1

1. 장기요양 재택의료센터 개요 3
2. 재택의료센터 업무 프로세스 6

제2장

재택의료센터 준비 / 7

1. 재택의료센터 선정 전 준비 9
2. 재택의료센터 선정 후 12
3. 외부 기간과 업무 협약 19
4. 대상자 모집과 관리 25
5. 방문진료 준비 30
6. 재택의료 진행 33

제3장

사례관리 방법 / 35

1. 사례관리의 개념과 필요성 37
2. 포괄평가 43
3. 팀 사례회의 53
4. 케어플랜 56
5. 모니터링 60



제4장

다직종 협력과 지역사회 자원 연계 방법 / 63

1. 다직종 협력(직종 간 협력)의 필요성과 개념 65
2. 재택의료센터 내 한의사, 간호사, 사회복지사의 역할과 협력 73
3. 지역사회 자원의 종류와 협력방법 79

제5장

재택의료센터에서의 방문진료 / 93

1. 욕창 관리 방법 95
2. 다약제복용 관리 방법 109
3. 노쇠 관리 방법 123
4. 임종 대처 방법 139

제6장

한의 재택의료센터 Q&A / 147

1. 한의 재택의료센터 Q&A 149

참고문헌 / 152

부록 / 159

- [부록 1] 장기요양 재택의료센터 시범사업 지정 의료기관 현황(1~3차) 161
- [부록 2] 재택의료센터 프로세스 165

표차례



[표 1-1] 서비스별 절차	3
[표 1-2] 통합 사례관리 체계	6
[표 2-1] 복지 욕구에 따른 지역사회 자원 종류	19
[표 2-2] 방문진료를 위한 물품 예시	30
[표 3-1] 생애 단계(life stage)에 따른 서비스·제도	41
[표 3-2] 장기요양 재택의료센터 포괄평가 항목	44
[표 3-3] 약식 영양 평가(MNA) 설문지	47
[표 3-4] mMRC 호흡곤란점수	48
[표 3-5] COPD 평가검사지(CAT)	49
[표 3-6] 한국형 노쇠평가 기준	51
[표 3-7] 간편 신체기능검사 항목	52
[표 3-8] 문제목록 및 관리내용 설정(예시)	54
[표 3-9] 문제목록에 따른 케어플랜 수립(예시)	58
[표 4-1] Dahlgren&Whitehead의 건강에 영향을 미치는 요인의 종류와 상호관계	67
[표 4-2] 장기요양보험 수급자가 받을 수 있는 보건소 서비스	84
[표 5-1] 제8차 한국표준질병사인분류(KCD-8)에 따른 욕창 단계	97
[표 5-2] 국제/유럽욕창자문위원회 욕창 분류 기준 (2009, 2014)	98
[표 5-3] 욕창에 사용되는 한방 치료	100
[표 5-4] 욕창 한방 치험례	100
[표 5-5] 욕창 관리에 흔히 사용되는 드레싱	105

[표 5-6] 부적절 다약제복용의 사례	110
[표 5-7] 사용약제수와 상호작용 발생확률	112
[표 5-8] 처방연쇄의 대표사례	113
[표 5-9] 이상반응을 일으킬 수 있는 주요인자	114
[표 5-10] PIMs 검출에 활용되는 주요 평가기준과 그 특성	115
[표 5-11] STOPP criteria 예시	115
[표 5-12] MAI 예시	116
[표 5-13] 한의의료 현장에서 자주 만나게 되는 PIMs의 상황	117
[표 5-14] 와파린과 병용투여 시 상호작용을 일으킬 수 있는 한약재	120
[표 5-15] 노쇠 중의진료지침의 근거수준과 권고등급	125
[표 5-16] 일본의 Japan Frailty Scale	126
[표 5-17] 한국형 노쇠 선별검사	126
[표 5-18] 임상 노쇠 등급 (clinical frailty scale)	127
[표 5-19] 주요 임종 징후	139

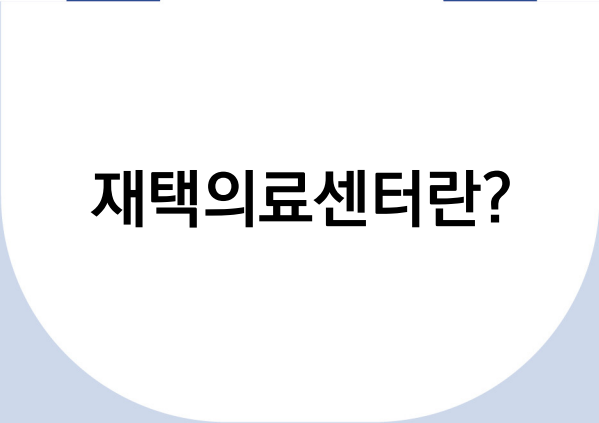
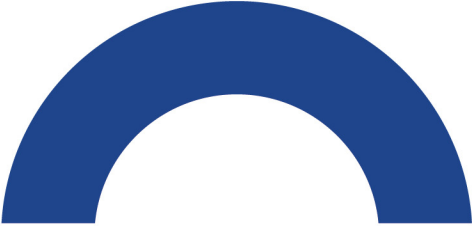
그림차례



[그림 2-1] 방문진료 가방 및 물품 사진 예시	31
[그림 2-2] 방문진료 가방 및 물품 사진 예시(상세)	32
[그림 3-1] 주요한 건강 결정요인	39
[그림 3-2] 노인의 기능상태 단계별 특징	40
[그림 3-3] TUG Test 시행 방법	45
[그림 3-4] COPD 종합평가(증상, FEV1, 악화 정도 고려)	50
[그림 3-5] 케어플랜의 과정	56
[그림 4-1] Multiprofessional과 Interprofessional의 차이	70
[그림 4-2] 재택의료센터에서 한의사, 간호사, 사회복지사의 역할과 연계	78
[그림 5-1] 욕창 호발 부위	95
[그림 5-2] 욕창 위험 요인	96
[그림 5-3] 욕창 단계	97
[그림 5-4] 욕창 환부 주위 침 치료	99
[그림 5-5] 욕창 관리의 알고리즘	103
[그림 5-6] 욕창 단계에 따른 드레싱 선택	106
[그림 5-7] 다양한 증상에 대한 대처가 가능한 한약처방	119
[그림 5-8] 한의치료 병용을 통한 새로운 다약제복용 조정 모델 제시	119
[그림 5-9] 건강-전노화-노화-질병 단계의 진행.	124
[그림 5-10] 장기요양 재택의료센터 포괄평가 및 케어플랜 기록지 중 노쇠 관련 문항 ..	129
[그림 5-11] 노화로 인한 건강-노쇠전단계-장애 진행	130
[그림 5-12] 문제목록에 따른 의사의 중재방안 모색의 방향 예시 중 신체 및 정신기능 회복 ...	130

[그림 5-13] 문제목록에 따른 간호사의 중재방안 모색의 방향 예시 중 노쇠회복서비스 ...	131
[그림 5-14] 돌봄에서 노인 대상 운동 교육 방법	134
[그림 5-15] 돌봄에서 노인 대상 근력 운동 교육 방법	135
[그림 5-16] 돌봄에서 노인 대상 영양 섭취 교육 방법	137

제1장



재택의료센터란?

1

장기요양 재택의료센터 개요

□ 장기요양 재택의료센터¹⁾

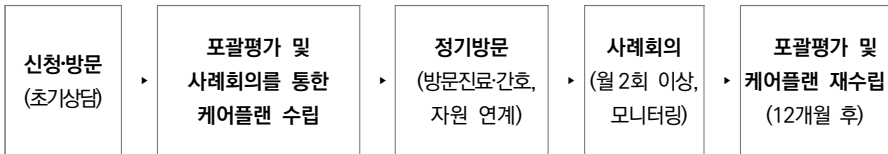
- 장기요양 재택의료센터는 거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어려운 장기요양 수급자를 대상으로 (한)의사, 간호사, 사회복지사 등이 가정을 방문하여 방문진료·방문간호 및 지역사회 돌봄 서비스 연계를 제공하는 것을 의미함.

□ 장기요양 재택의료센터 시범사업

※ [부록 1] 장기요양 재택의료센터 시범사업 지정 의료기관 현황(1~3차) 참고

- 2022년 12월에 시작되어 1차 시범사업 28개소(한의원 3개소), 2024년 2차 시범사업 95개소(한의원 24개소), 2025년 3차 시범사업 135개소(한의원 35개소)가 운영 중임.
- 한의 장기요양 재택의료센터(이하, 한의 재택의료센터)는 3차 모집에서 기존 운영 3개소 탈락, 14개소 신규 선정되어 총 35개소가 지정됨.

[표 1-1] 서비스별 절차



□ 서비스 대상

- 장기요양 재가 수급자(1~2등급자 우선)로 거동이 불편하여 재택의료가 필요한 사람으로 한의사가 판단한 경우

* 「노인복지법」에 따른 노인주거복지시설(노인복지주택 제외) 및 「노인장기요양 보호법」에 따른 장기요양기관 입소자 서비스 제공 불가

1) 제1장의 '장기요양 재택의료센터 개요'는 보건복지부와 국민건강보험공단이 발간한 「장기요양 재택의료센터 시범사업 지침」(2025)을 참고하여 서술하였음.

□ 서비스 내용

- 수급자 가정을 팀 단위로 방문하여 포괄평가를 각 영역별로 실시하고 케어플랜 수립, 방문진료 및 간호, 지역 사회 자원 연계 등 통합 사례관리 제공
 - 포괄평가는 한의사, 간호사, 사회복지사 등 팀 단위 방문이 원칙
 - 한의사는 월 1회 이상 방문진료, 간호사는 월 2회 이상 방문간호 제공
 - 사회복지사는 주기적 상담을 통한 요양·돌봄 수요 발굴 및 서비스를 연계

□ 시범사업 기관

- 공모를 통해 장기요양 재택의료센터 시범사업 참여기관으로 지정된 의료기관

* 단, 의원급 의료기관은 '일차의료 방문진료 수가 시범사업'에 참여 필요

- 한의사, 간호사, 사회복지사 각 1인 이상의 다학제 팀을 구성하여야 함.

- **(한의사)** 일반의 또는 전문의
- **(간호사)** 임상경력* 24개월 이상인 간호사 또는 가정전문간호사
*의료법 및 지역보건법(보건진료소 포함)에 따른 의료기관 간호업무경력을 의미
- **(사회복지사)** 1급 또는 2급 사회복지사

□ 급여비용 및 본인부담 ※ 재택의료센터 시범사업 급여비용은 장기요양 재가급여 월 한도액에 포함되지 않음

- 급여 비용은 방문진료료, 재택의료기본료, 지속관리료, 추가간호료로 구성되며 수급자에 제공되는 서비스의 종류와 제공 횟수에 따라 산정되고 본인부담금이 발생할 수 있음.

- **(방문진료료) ▶ 본인부담금 발생** (일차의료 방문진료 수가 시범사업의 요양급여기준을 따름.)

- ▶ **(건강보험 가입자 또는 피부양자)** 100분의 30
※ 단, 장기요양 1·2등급 외상환자 및 요양비(산소치료, 인공호흡기) 급여 대상자 100분의 15
- ▶ **(차상위 본인부담 경감 대상자 1종 및 2종)** 100분의 5
- ▶ **(의료급여자 1종 및 2종)** 100분의 5

- **(재택의료기본료) ▶ 급여비용 전액 국민건강보험공단 부담**

- **(지속관리료) ▶ 급여비용 전액 국민건강보험공단 부담**

- **(추가간호료) ▶ 본인부담금 발생** (「노인장기요양보험법」 제40조 및 동 법 시행령 제 15조의8, 장기요양 본인부담금 감경에 관한 고시(제2021-283호, 2021.11.25.)에 따른 본인부담금 부담)

- ▶ **(건강보험 가입자 또는 피부양자)** 100분의 15
- ▶ **(본인부담금 40%, 60% 감경 비율 적용자)** 100분의 9, 100분의 6
- ▶ **(의료급여자)** 100분의 6 / **(기초수급자)** 면제

바. 청구 절차 및 시스템

※ 장기요양 재택의료센터 시범사업 기관 등록 및 비용 청구 등은 보건복지부와 국민건강보험공단이 발간한 「보건복지부, 국민건강보험공단. 장기요양 재택의료센터 시범사업 전산 매뉴얼(재택의료센터용)」(2023.12)을 통해 자세한 절차를 확인 할 수 있음

○ 재택의료센터의 급여비용 청구·심사 관련 업무는 다음의 전산 시스템 및 전산 매체를 이용함

– (전산시스템) (신)요양기관 정보마당 (medicare.nhis.or.kr)

– (전산매체*) 공단 사업부서로 우편 제출

* 전산시스템 장애 등으로 사업부서에서 우편 제출을 안내한 경우에 한함

- 제출처: 강원도 원주시 황금로8, 센트럴스퀘어 4층 국민건강보험공단
요양기준실 재택의료센터 시범사업 담당자 앞 (우 26462)
- 문의: 033-736-1918, 1915~1917

○ 재택의료센터는 기관을 등록하고 또 기관에서 담당하는 대상자를 등록하여 서비스 및 관리하는 시스템이기 때문에 전산시스템에 등록해야하는 내용은 다음과 같음

- ▶ 기관정보 등록: 기본현황, 인력현황, 협력기관현황
- ▶ 대상자 등록
- ▶ 대상자 관리대장
- ▶ 방문일정관리: 대상자 조회, 담당자 조회
- ▶ 평가·계획 등록: 평가 등록, 케어플랜 등록
- ▶ 서비스제공내역 등록
- ▶ 비용청구: 청구명세서 등록

2

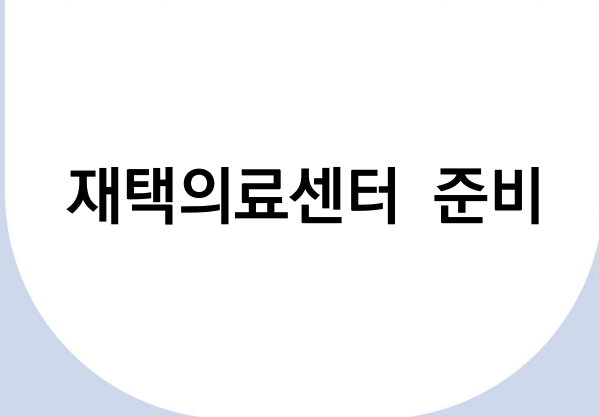
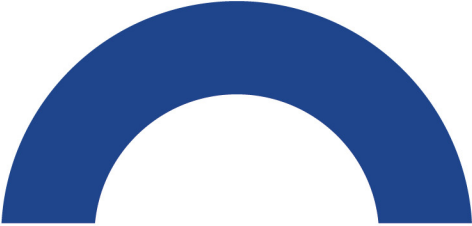
재택의료센터 업무 프로세스

가. 재택의료센터 업무 프로세스

[표 1-2] 통합 사례관리 체계



제2장



재택의료센터 준비

1

재택의료센터 선정 전 준비

가. 준비사항

1) 인력 기준 등 기본 요건 충족 파악

- 간호사와 사회복지사 인력이 필수이므로 한의원 내부 경영 구조상 인력 채용이 가능한지 먼저 파악하도록 함.
- (한)의사(일반의 또는 전문의), 간호사(임상경력 24개월 이상인 간호사 또는 가정전문 간호사), 사회복지사(1급 또는 2급) 각 1인 이상의 인력이 필요함.

2) 지역 내 기존 재택의료센터 파악

- 재택의료센터는 단계적 전국 확대를 거쳐 본사업 추진*을 예정하고 있으므로 지방자치단체마다 적어도 하나의 재택의료센터를 선정할 예정임.
- * 건강보험 방문진료 청구기관 수 등을 고려하여 시군구 당 1개소 이상 확대 추진(~'27)²⁾
- 따라서 지역 내 기존 센터 및 지원하려고 하는 기관을 파악할 필요가 있음.

3) 관련 실적(해당 의료기관의 방문진료 실적, 장기요양보험 관련 실적 등)

- 일차의료 방문진료 시범사업에 참여하여 적극적으로 방문진료를 해왔는지
- 장기요양보험 신청을 위한 의사소견서 발급을 해왔는지
- 방문간호지시서를 발급해 왔는지
- 노인요양시설 등 입소자에 대한 적정 의료서비스 제공을 위해 운영되는 계약 의사(촉탁의) 활동 실적과 계획서 내에 기재된 지역 연계 방안에 대한 내용 등이 재택의료센터 선정 기준이 됨.

2) 보건복지부, 제3차 장기요양기본계획(2023~2027)

〈참고 사항〉

1. 대전의 한 구에서는 복수의 기관이 재택의료센터 시범사업에 지원하였으며, 이 중 선정된 기관은 방문진료 등 관련 누적 실적이 더 많은 곳이었다.
2. 장기요양보험 의사소견서는 대체로 대상자가 내원하여 발급받지만, 내원이 어려운 경우 (한)의사가 대상자의 집을 방문하여 검진한 후 의사소견서를 발급하게 된다. 의사소견서의 수가는 높지 않으나 방문진료에 의지가 있다면 적극적으로 의사소견서 발급을 위한 방문을 하는 것이 좋다. 또한 의사소견서 발급을 위한 방문이나 방문간호지시서를 위한 방문이 지속적인 방문 진료로 이어지기도 한다.

4) 계획서 내용(지역 연계 방안 등)

- 재택의료센터 시범사업은 보건복지부에서 공모하여, 신청을 희망하는 의료기관이 해당 지자체에 신청서(계획서 포함)를 제출하고, 이를 지자체에서 다시 제출하여 선정위원회에서 지정하는 절차로 이루어짐.
- 지자체와 매우 밀접하게 연계된 사업이므로 지역 연계 방안이 중요함.
- 지역 사회 자원을 얼마나 잘 파악하고 있고 어떻게 연계할 계획인지(지자체, 공단, 재가센터 등과의 연계 계획) 구체적으로 작성함.

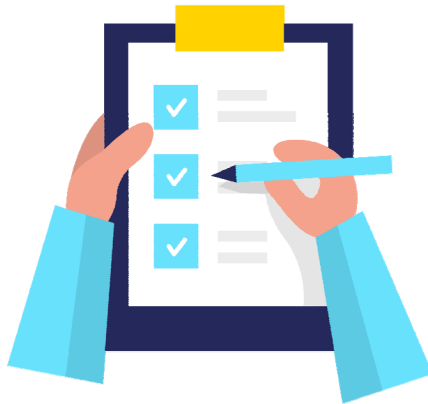
나. 인력 채용

- 재택의료센터는 간호사(임상경력 24개월 이상인 간호사 또는 가정전문간호사*), 사회복지사(1급 또는 2급) 각 1인 이상이 반드시 필요함.

* 가정전문간호사는 보건복지부령으로 정하는 전문간호사 교육과정(대학원 전문간호사 과정)을 이수한 자 또는 보건복지부장관이 인정하는 외국의 해당 분야 전문간호사 자격이 있는 사람으로서 보건복지부장관이 실시하는 전문간호사 자격시험에 합격한 후 보건복지부장관의 자격 인정(전문간호사 자격시험 합격)을 받은 전문간호사로, [의료법 제78조 제2항] 의사의 처방으로 가정을 방문하여 간호를 수행하며, 가정에서 혈액검사나 소변검사가 가능함

- 재택의료센터 신청 시 간호사와 사회복지사가 고용된 상태일 필요는 없으나 선정 후에 간호사와 사회복지사를 고용하지 않는다면 선정이 취소됨.
- 재택의료센터 간호사는 타 재택의료센터에 동시 등록할 수 없음.
 - 단, 방문간호센터나 요양기관에 겸업할 수는 있음.
- 외래 의료기관과는 달리 재택의료센터는 대중에게 잘 보이는 입지가 상대적으로 중요하지 않으니(다만, 소속 지자체의 지형에서 가장자리에 있는지 중심부에 있는지에 따라 방문 동선이 달라짐) 입지 선정보다는 팀 협력에 적합한 좋은 인력을 채용하는 것이 중요하다 할 수 있음.

- 간호 면허 보유, 사회 복지 자격 보유라는 기본 자격 조건 외에도 재택의료센터 업무에는 행정 업무의 비중도 높으므로 컴퓨터를 능숙하게 다루는 능력도 필요하며 대상자 방문을 위해서는 운전 능력 또한 자격 조건으로 고려할 필요가 있음.
- 난청, 뇌병변, 언어장애, 치매, 우울증, 드물지만 발달장애 등으로 소통이 어렵고 고립되어 있는 경우가 많은 대상자 및 그 보호자에게 먼저 연락하고 친밀감을 쌓을 수 있는 대인관계 능력도 필수적임.
- 복잡하게 뒤엉켜 있는 상황을 유연하게 받아들이고 문제가 해결되기까지 인내심을 가질 수 있는 사람이 적합함.
- 간호사와 사회복지사는 각각 채용해야하며 사회복지사 자격증과 간호사 자격증을 둘 다 갖고 있는 1인을 채용하는 방법은 허용되지 않음.
 - 다만, 두 자격증을 갖고 있는 사람을 채용하는 경우 가산점을 주는 것은 가능함.
 - 간호사와 사회복지사의 겸직, 초단기 근무, 겸임은 가능
- 1인이 (한)의사, 간호사, 사회복지사를 동시 취득한 경우, 한의사 또는 간호사 또는 사회복지사 인력 중 한 가지로만 등록 가능함.
 - (한)의사가 사회복지사나 간호사 자격증을 갖고 있다 해도 역시 인력으로 인정되지 않음.
- 간호사 대신 간호조무사를 채용해서도 안 됨.
- 사회복지사는 1급, 2급 모두 가능함.



2

재택의료센터 선정 후

가. 인력에 대한 구체적인 준비

- 현실적으로 한의사가 주 2일 정도는 방문진료에 온전히 참여하여야 주 15회 이상 방문이 가능함.
- 이에, 외래 진료시간에 미치는 영향을 최소화하고 한의사의 체력 소모를 줄이기 위해서는 함께 방문진료를 할 한의사의 채용이 필요할 수 있음.
- 인력 채용은 급여 등 여러 요소를 고려해야 하며 재택의료센터가 유지 가능한 재정 구조를 가져야 하나 우수한 인력을 원한다면 급여가 일정 수준 이상인 것이 좋음.
- 업무 내용과 근무조건을 정확히 명시하여 구인(현재 재택의료센터는 사회복지사의 경력인정기관이 아님)하도록 함.
- 근무 외 시간에 긴급 전화 상담이 이루어지는 경우가 있을 수도 있다는 것을 공고에 포함할 것을 권고함(재택의료센터는 응급의료를 담당하고 있지 않으므로, 업무 시간 이외에는 전화와 방문을 하지 않는다고 환자와 보호자에게 안내하나, 재택임종 등 특별한 경우에 한하여 드물게 상담/방문하는 경우가 생길 수 있음).
- 재택의료센터 인력의 안전 보장을 위해 의료사고에 대비한 보험, 이동 중 교통사고에 대비한 보험을 들어두는 것을 권장함.

〈참고 사항〉

재택의료센터 한의사의 방문진료는 월 100회로 제한되어 있으므로, 딱 한 번씩만 방문하면 대상자가 최대 100명이다. 대상자가 50명이면 평균 월 2회씩 방문할 수 있다. 한의사가 2인 이상이면 물론 더 많은 대상자를 볼 수 있다. 대상자들에게 방문진료가 더 필요한 경우 다른 지역 내 한의원과 협력관계를 맺어, 재택의료센터 대상자들의 추가 한의방문진료를 다른 한의사에게 의뢰하는 방식을 활용하면 된다.

단, 재택의료센터가 아닌 일반 한의원의 한의사 1인당 방문진료는 주 15회로 제한되어 있다.

1) 간호사의 채용

- 월 2회의 방문간호가 필수적임.
- 방문간호 시 한의사, 사회복지사와 동행 방문할 수도 있고 단독 방문할 수도 있음(포괄평가를 하는 공식적 첫 방문은 반드시 동행).
- 간호사는 아래 항목에 해당하는 임상 기술을 필수적으로 갖고 있어야 함.
 - 간호계획 수립 및 수급자 심신상태 변화 확인
 - 간호처치, 진료보조 및 (한)의사 지시에 따른 간호처치
 - 질병·증상 변화 보고 등 복약·영양 관리
 - 질환예방 및 생활습관 개선 등을 위한 교육·상담
 - 방문간호기관 연계 및 사례회의 일정 관리 등의 업무
- 재택의료센터장이 될 한의사가 외상, 중환자, 생애말기 환자를 본 경험이 많지 않다면 경험이 풍부한 간호사를 채용하는 것이 도움이 될 수 있음(예를 들면 병원급에서 입원환자 관리 경험이 있는 간호사 등).
- 정규직 인력을 확보하고 의료서비스의 질을 향상시키는 것을 추천함.
 - 다만, 재택의료센터 초기에는 대상자가 적으므로, 파트타임으로 주당 근무시간을 정하고 차차 늘려가는 방법을 고려할 수 있음.
 - 시범사업의 특성상 1년 이후를 기약할 수 없으므로, 재택의료센터 지정 탈락의 경우를 고려해야 함.
- 재택의료센터 간호사는 타 재택의료센터에 동시 등록할 수 없음.
 - 단, 방문간호센터 등 장기요양기관에 겸업할 수는 있음.



〈참고 사항〉

- 대상자들이 재택의료센터 간호사의 방문 간호가 장기요양 재가 급여 월 한도액에 영향을 주는 것으로 오해하는 경우가 있음.
- 재택의료센터 간호사의 방문은 장기요양 급여 체계와 무관하기에 돌봄 비용이나 시간이 차감되지 않는다는 점을 환자에게 안내할 필요가 있음.
- 다만, 재택의료 간호사의 방문과 장기요양 방문간호사, 가정간호사의 가정 방문은 같은 날 이루어질 수 없음.
- 장기요양 기관은 시설급여 제공기관(노인요양시설, 노인요양공동생활가정)과 재가급여 제공기관(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호)으로 나뉘며, 이 기관들끼리는 장기요양보험급여의 월 한도액을 공유함.
 - 예를 들어 방문간호센터의 간호사 방문과 재가요양급여는 개인에게 주어진 장기요양보험급여의 월한도액을 공유하므로, 방문간호사가 방문하면 그만큼 재가요양 비용에서 차감됨(일종의 경쟁 관계라 할 수 있음).
- 간호사가 본인의 방문간호센터를 운영하며 재택의료센터에 겸업하는 경우가 가능하데, 이 경우 방문간호센터의 방문간호와 재택의료센터의 방문간호가 중복되지 않게 조절해야 함.
 - 방문간호센터도 겸업하는 경우는 4대보험 득실확인서를 통해 확인 가능함.
- 재택의료센터 간호사의 방문 월 3회차부터는 본인부담금이 발생함. 단, 의료보호 환자의 경우 가정간호사의 방문이 무료일 수가 있으니, 직접 본인부담금을 확인하도록 하며, 대상자에게 가장 이로운 선택을 하도록 하는 것이 좋음.
- 시설급여 및 단기보호 이용일 또는 방문목욕, 주야간보호 이용시간에 재택의료센터 (한)의사, 간호사, 사회복지사가 방문하면 안 됨.
- 노인요양시설에 입소한 이후에는 재택의료센터 방문진료를 적용받을 수 없지만 입소 당일, 입소 전까지의 시간은 방문 가능함.

2) 사회복지사의 채용

- 사회복지사는 월 1회 이상의 정기 방문 또는 전화상담을 수행함.
- (한)의사, 간호사와 동행 방문할 수도 있고 단독 방문할 수도 있음(포괄평가를 하는 첫 방문은 반드시 동행).
- 사회복지사는 다음의 업무를 수행함.
 - 주기적 상담
 - 지역사회 협력체계 구축 및 연계
 - 재택의료 이용 희망자 초기 상담 및 방문일정 관리 등
 - 주기적 상담을 통한 환경변화 확인 및 신규 돌봄 수요발굴

- 지역 내 돌봄 기관과의 통합 사례회의 실시
- 서비스 연계 및 결과 모니터링 등 이력관리 등
- 정규직으로 채용하는 것이 바람직하나, 간호사와 마찬가지로 시범사업의 특성상 1년 이후를 기약할 수 없으므로, 재택의료센터 지정 탈락의 경우를 고려해야 함.
- 지침상 사회복지사는 월 1회 이상 정기방문 또는 전화상담을 해야 하며, 첫 번째 포괄평가를 하는 첫 방문은 (한)의사, 간호사와 함께 방문해야 함.
 - 그 이후에는 방문을 해도 되고 유선상담을 해도 되므로, 방문 횟수가 매우 유동적임.
 - 최소한으로 적게 방문한다면 첫 방문 이후에는 전화 상담만 해도 되고, 많이 방문한다면 오히려 (한)의사, 간호사보다 더 자주 방문할 수도 있음.
 - 실제로는 포괄평가를 하는 첫 공식 방문 전에도 사회복지사가 한두 번 사전 방문하는 것이 좋음.
 - 사회복지사가 다른 자격도 겸하고 있어 인지교육, 재활운동, 작업치료, 정서적 지지 등의 업무를 담당한다면 방문 횟수가 많아질 수 있고, 개입할 부분이 적다면 방문 횟수가 줄어든 수 있음.
- 사회복지사는 지자체 사업에 대한 이해도가 필요하며, 지자체 담당자와 연락 체계를 구축할 필요가 있음.
- 따라서 지역 내 복지관이나 지자체 근무 경력이 있는 사회복지사를 뽑는다면 재택의료센터 운영이 수월할 수 있음.
 - 경력이 없는 사회복지사라면 네트워킹 및 지역 자원 파악에 시간이 걸릴 수 있으며 재가/주야간보호 등 장기요양 기관 구조에 대한 이해도 필수적임.
 - 재택의료센터 운영 초기에는 협력기관을 먼저 찾아가서 대상자 의뢰의 필요성을 설명해야 함.
 - 또한 의뢰가 들어오면 그 기관의 의뢰 실무자를 직접 만나 의뢰 과정을 파악하고, 이러한 의뢰가 협력기관에도 어떻게 이익이 되는지 설득력 있게 말할 수 있어야 함.
 - 실무자간의 신뢰가 필수적이며 실무 담당자 또는 대상자가 불편해하는 점이 있어서 방문진료를 종료하게 된다면, 그 원인도 경청하여 운영에 반영해야 함.

〈참고 사항〉

- 사회복지사는 각 협력기관, 대상자, 대상자의 가족, 요양보호사 개인들에게 재택의료가 왜 양자에게 모두 좋은지 설명할 수 있어야 함.
 - 대상자 입장에서는 집에서 편안하게 질 높은 적정 치료를 받을 수 있고 의미 없는 연명 의료를 받는 대신 존엄성을 지키며 재택임종을 선택할 수 있음.
 - 보호자 입장에서는 돌봄으로 몸이 힘들고 고립되어가는 보호자의 마음을 지지하고 보호자교육을 지원함.
 - 재가요양센터 입장에서는 대상자가 요양원이나 요양병원에 입소하는 대신 지역사회에 계속 거주하면, 대상자와 지속적인 관계를 맺을 수 있음. 또한 방문의료진이 재가요양센터에게 대상자의 건강 상태를 피드백해줄 수 있음.
 - 요양보호사 입장에서는, 요양보호사가 유일무이한 돌봄 제공자인 경우도 많은데, 의료진이 방문하면 환자나 보호자와 생긴 갈등과 고립감을 이야기할 수 있는 창구가 생김.
- 재가요양센터나 요양보호사가 폐쇄적인 경향을 보이는 경우 개문을 위해 근무시간을 물어 보면 방문을 거절하는 경우도 있으므로 유동적인 대처가 필요함.
- 의뢰를 해주는 협력기관 입장에서는, 좋은 사례를 함께 만들어감으로써 직업상 보람을 느낄 수 있게 되고 기관의 운영에 실질적인 도움이 됨.

3) 한의사의 채용

- 재택의료센터 한의사 1인당 월 100회 방문이 최대한이므로, 재택의료센터의 규모가 커지면 신규 한의사 채용이 필요할 수 있음.
- 처음에는 방문진료를 단독으로 하지 않고 기존 방문진료 한의사와 동행하면서 사례를 관찰하고 업무를 파악하게 하는 것이 좋음.
- 또한 관련기관에서 제공하는 연수 강좌를 지속적으로 같이 듣고, 필요하면 교육비도 제공할 필요가 있음. (한의학재택의료연구회, 한국재택의료협회, 한국일차보건의료학회, 대한예방의학회 등)
- 만일 한의사를 비롯해 모든 인력이 방문의료 경험이 없다면 다른 기관의 방문의료를 참관하도록 함.
 - 그리고 매 방문마다 방문의료팀이 다함께 가서 찬찬히 환자를 보고 돌아와 충분히 사례 회의를 하는 방법으로 경험을 쌓아나가고 업무 루틴을 만드는 것을 추천함.
- 한의사 2인 이상이 모두 재택의료센터 한의사로 신고되어 있다면 대상자는 해당 한의사 모두에게 주기적 방문진료를 받을 수 있음. 그러나 주치의 개념의 동일 한 의사가 지속적인 진료를 하는 것이 바람직하므로, 2인 이상의 한의사가 수행하게 되는 경우 케어플랜을 통해 담당 한의사의 역할을 명확히 구분할 것을 권장함.

〈참고 사항〉

한의사의 수기

대전 OO한의원 방문진료 한의사

한의사로서 방문진료를 처음 나갈 때 방문 경험이 많은 사회복지사와 동행하였다. 대상자에게 쾌활하면서도 친절한 태도로 전화해서 약속을 잡는 모습, 무더위 속에서 방문한 가정에서는 방문의료진을 위해 에어컨과 선풍기를 좀 틀어달라고 부탁하는 모습 등에서 응대의 암묵지*를 배울 수 있었다. 나는 환자에게 부담이 될까봐 부탁은 하지 못하는 내성적인 성격이었기 때문에 스스로없이 에어컨 틀어달라고 해도 된다는 것을 그때 깨달았다. 사소하게는 엘리베이터 안에서 왕진가방을 벽 손잡이에 걸쳐 놓으면 잠깐이라도 어깨를 쉴 수 있다는 팁도 알려주었다.

이 사회복지사는 작업치료사 자격증도 갖고 있어, 환자에게 직접 작업치료를 시행할 수 있다. 사회복지사의 작업치료를 지켜보면서 기본적인 동작을 숙지하고 나도 다른 환자에게 간단한 작업치료를 해줄 수 있었다.

사람이 하는 일이므로, 그 사람이 어떤 업무능력이 있는지에 따라 환자에게 해줄 수 있는 개입이 달라진다. 유능한 인력을 채용하는 것이 이상적이고 채용 시 가진 능력이 다소 부족하더라도 새로운 역량 개발을 좋아하는 적극적인 사람을 채용하는 것이 차선책이다.

* 암묵지: 언어로 얻어지는 지식이 아닌 경험과 학습, 체험 등을 통해 획득된 지식을 의미함

나. 기본 시설 및 장비

- 시설은 기존 한의원 공간을 사용할 수 있으므로 따로 마련하지 않아도 됨.
- 왕진가방 세트는 필수적으로 구비해야 함(방문진료 준비 파트에서 자세히 설명).
- 차량은 방문진료 인력의 개인 차량을 이용하고 유류비를 제공하는 방법을 쓸 수 있으며, 만일 센터의 규모가 커지면 전담 차량의 구비를 고려함.
- 데스크탑 컴퓨터, 태블릿, 통신장비 등이 필요하나 초기에는 기존 장비를 사용할 수 있음.
- 3인 이상의 인력이 함께 근무할 수 있는 독립적인 사무 공간 등을 마련(파티션 등으로 구획하는 것도 가능)하는 것이 방문진료의 효율적 운영에 도움이 됨.
 - 물품 보관실을 별도로 마련하면 방문진료에 필요한 다양한 물품을 보관할 수 있음.
 - 선반을 이용하여 물품을 정리하고, 물품 관리 담당자를 선정하여 품목별 남은 수량 및 유통기한 등 관리함.



다. 재택의료센터 역량 강화

1) 사전연명의료의향서*

※ 사전연명의료의향서 관련 본문 내용은 국립연명의료관리기관 홈페이지를 참고하여 작성함

* 19세 이상의 국민은 누구나 보건복지부의 지정을 받은 사전연명의료의향서 등록기관에 방문하여 향후 자신이 임종과정에 있는 환자가 되었을 때를 대비하여 사전연명의료의향서(연명의료 및 호스피스에 관한 문서)를 작성·등록 할 수 있음

- 한의원도 사전연명의료의향서 등록기관이 될 수 있음.
- 사전연명의료의향서 등록기관이 되면 임종까지 케어하는 역량이 올라갈 수 있음.
- 현재는 사전연명의료의향서 등록 활동 수가 없음(다만 공모사업(예: 지자체별 사전연명의료의향서 등록사업)으로 인건비 보조를 받는 경우는 있음.).
- 등록기관 신청기간 때 신청을 하고, 인력 2인 이상이 관리기관에서 실시하는 등록기관 대상 교육과정을 이수해야 함.
 - 상담·작성·등록 업무를 전문적으로 수행할 수 있는 1개 이상의 전담부서를 운영하고 사전연명의료의향서 전담부서에 기관 소속 상근 인력을 2명 이상 배정함.
 - 상근 인력 2명은 타 업무와 겸직이 가능하나, 1명 이상은 반드시 사전연명의료의향서 등록 및 통보 업무를 맡아 수행할 수 있어야 함.

〈참고 사항〉

살림의원의 사례

방문진료를 담당하는 의료진이 사전연명의료의향서 등록을 위한 상담가 교육을 모두 이수하였다. 환자가 자신의 가정에서 사전연명의료의향서를 작성하고자 하는 경우 태블릿을 가지고 가서 국립연명의료관리기관 연명의료정보처리시스템에 바로 등록해 드리고 있다.

비교적 건강할 때 본인이 직접 사전연명의료의향서를 작성하는 것이 이상적이겠지만, 건강할 때는 일부러 작성하려 가게 되지 않고, 막상 의향서가 필요해지는 생애 말기에는 거동이 어려워져 기관까지 방문할 수 없거나 인지기능이 떨어져 의향서 작성이 어렵다.

또한 자녀들이 부모에게 의향서 작성을 권유하는 것도 곤란할 수 있으니, 이 때 방문진료 의료진이 먼저 다가가서 의향서에 대해 설명하면 등록 진행이 순조로울 수 있다.

- 한의원이 가정형 호스피스 기관이 되는 것은 현재는 불가능하지만, 재택임종을 재택의료센터에서 담당하게 되므로, 호스피스 역량을 갖추는 것이 바람직할 것이라 사료됨.

3

외부 기관과 업무 협약

가. 업무 협약이 필요한 기관과 해당 업무

- 재택의료센터 운영시 대상자의 욕구에 따른 업무 협약이 필요한 기관 목록은 다음과 같음

[표 2-1] 복지 욕구에 따른 지역사회 자원 종류

※ 본 표에서 제시한 연계 가능 자원의 분류 예시를 참고하여 기관 소재지의 지역별 지원 사업 및 제도를 확인하여 활용토록 함.

대분류		중분류	연계
주거	주거환경개선	가스공사 및 점검, 누수방수 지원, 도배장판 지원 등	시청, 구청/군청 주민센터/읍면사무소, 복지관
	거처마련 및 이주지원	시설입소 지원, 이사비 지원, 이사지원, 임시주거지원	시청, 구청/군청 주민센터/읍면사무소, LH
	주거관련 비용지원	난방, 월세비, 전세비, 주거보증금 지원	시청, 구청/군청 주민센터/읍면사무소
일상생활	가사 지원	가사간병서비스, 가사, 물품관리, 세탁, 의류침구 등	주민센터/읍면사무소
	식사(식품) 지원	간식지원, 고기지원, 급식지원, 기타부식지원 등	주민센터/읍면사무소, 푸드뱅크, 로타리클럽, 복지관, 지역종교단체
	위생(미용) 지원	개인위생관리, 목욕, 위생용품, 신체수발 등	방문목욕, 주민센터/읍면사무소, 복지관, 자원봉사단체
	활동(이동) 지원	차량지원, 개인활동, 동행지원, 물품배송서비스 등	주민센터/읍면사무소, 생활이동지원센터, 돌봄택시, 자원봉사단체
	생활용품 지원	가구관리, 가구지원, 가전제품 관리 및 지원 등	주민센터/읍면사무소, 자원봉사단체
	일상생활 관련 비용 지원	가스요금, 관리비, 교통비, 난방비, 생계비 등	주민센터/읍면사무소
	여가 및 교육 지원	여가 및 교육	복지관, 노인교실, 경로당, 직업재활시설, 도서관, 점자도서관, 지역 언론, 노동조합



대분류	중분류		연계
신체 건강 및 보건 의료	질병예방 및 건강관리	가정간호, 방문간호, 간병서비스, 건강관리, 금연, 금주 등	보건소, 로컬 의원, 방문간호센터, 지역 한의사회, 지역 의사회, 치위생사협회
	검진·진단 및 치료	구강검진, 난청 초기진단, 노인 건강검진, 안과검진 등	보건소, 로컬 의원
	재활치료	감각치료, 물리치료, 신체기능훈련, 작업치료 등	물리치료사협회 분회, 방문재활센터
	의약품 의약외품 지원	건강용품, 구충제, 보습제, 보장구, 비상약품 지원 등	보건소, 주민센터/읍면사무소, 약국
	보조기구(보장구 포함) 및 보조기기 지원	휠체어, 욕창 예방 기구, 전동침대 등	보장구 처방을 내리는 재활의학과/정형외과, 보조기기센터
	보건의료 관련 비용지원	검사비, 약제비, 의료비 지원 등	시청, 구청/군청, 주민센터/읍면사무소
	방문치과치료	방문 치과 검진 및 치료	치과의사협회, 치위생사협회
	약사 방문	방문 약사의 약물 점검 및 교육	지역 약국, 약사협회
정신 건강 및 심리 정서	정신건강교육	약물오남용예방교육, 우울증예방, 자살예방 등	보건소, 의료기관, 의원, 정신재활시설, 정신건강복지센터
	심리검사 및 진단	심리검사, 우울증검사 등	보건소, 치매안심센터, 의료기관, 의원, 정신재활시설, 정신건강복지센터
	정신·심리 상담	알콜중독, 약물중독, 우울증, 자살 예방 상담 등	중독관리통합지원센터, 보건소
	정서발달 및 치유지원	가족관계개선, 노인맞춤형정서지원, 안부확인 등	정신건강복지센터
	정신질환자 치료 및 사회복귀 지원	도박중독치료, 심리치료, 정신과 진료 등	중독관리통합지원센터, 보건소
	정신건강관련 비용지원	심리치료비용, 정신과진료비용 지원	정신건강복지센터, 주민센터/읍면사무소

대분류	중분류		연계
보호 및 돌봄 요양	장기 시설보호	자립지원시설 등	노인주거복지시설, 노인의료복지시설, 재가노인복지시설, 공동생활가정, 요양원, 요양병원
	단기 시설보호	일시보호시설	학대 피해 쉼터
	주·야간보호	주간보호시설, 야간보호시설	주간보호센터, 야간보호센터
	간병 및 돌봄서비스	간병서비스, 노인돌봄 기본/종합서비스, 방문요양 등	재가요양센터
	돌봄·요양 관련 비용지원	가족돌봄비, 보호시설비, 양로시설비 지원 등	시청, 구청/군청, 주민센터/읍면사무소
	호스피스와 임종	생애말기돌봄, 호스피스, 재택임종, 사후 가족돌봄	보건소, 요양원, 요양병원, 재가요양센터, 정신건강복지센터, 경찰, 장례식장
	치매관리	치매 예방 및 관리, 가족 돌봄	치매안심센터, 보건소, 주민센터/읍면사무소, 복지관, 자원봉사단체

자료: 「한의 건강돌봄 사업 안내서」(한국한의약진흥원 & 우석대학교, 2022)의 분류체계를 토대로 재택의료센터에서 연계 가능한 지역사회 자원 표를 재구성 하였음

나. 참여 가능한 지역 활동

- 다양한 지역 협의체가 지자체마다 운영되고 있는데, 지자체를 대표하는 재택의료센터로서 이런 회의에 적극적으로 참여하는 것이 필요함.
- 회의에 참여를 통해 대상자 모집, 지역사회 자원과의 협력 등에도 도움이 될 수 있음.

※ 참여 가능 지역 협의체 예시

- 지역사회보장협의체
- 지역사회재활협의체
- 통합지원판정회의
- 지역보건의료심의위원회
- 장기요양등급판정위원회
- 계약의사(촉탁의) 활동
- 지역신문에 기고
- 기타

다. 업무 협약 체결 방법

1) [중요] 국민건강보험공단지사

- 65세 이상은 누구나, 65세 미만은 노인성 질병이 있는 경우 장기요양 등급 신청을 할 수 있음.
- 건강보험공단은 재택의료센터 대상자 전수 자료를 갖고 있는 것으로 볼 수 있으므로 공단과의 협력은 매우 중요함.
- 장기요양등급 신청시 의사소견서가 필요한데 이때 한의사가 방문하여 의사소견서를 쓰게 되면 자연스럽게 재택의료센터 신청 경로로 이어질 수 있음.
- '의사소견서를 위해 의료기관을 방문할 수 없는 환자들은 우리 재택의료센터에서 방문하여 발급하겠다'는 의사를 공단지사에 밝히고 기관장 수준의 협약을 체결할 수 있음.

2) [중요] 지방자치단체

- 지자체별로 방문진료사업을 지원하는 방침을 세우고 있거나 한의진료를 지원하는 사업을 하고 있을 수 있음.
 - 해당 지자체에 한의약육성조례가 있는지 확인 필요함.
- 지자체 단체장과 각 재택의료센터장들이 협약식을 갖고 실무자 수준에서 협력을 유도함.
- 방문진료가 필요한 고위험군은 지자체에서 잘 파악하고 있으며, 지자체의 복지 자원을 직접 연결시켜줄 수 있으므로 지자체와의 협력은 매우 중요함.
- 재택의료를 담당하는 부서가 보건소인지 복지국의 통합돌봄과인지 노인복지과인지 확인 필요함.
 - 한 지자체에서도 사업별로 방문진료와 재택의료 담당 부서가 다를 수도 있음.
- 사회복지사뿐 아니라 재택의료센터의 모든 인력이 본인 해당 지자체의 자원을 파악할 필요가 있음.
- 방문진료 권역이 넓어지면 관할 지자체가 달라질 수 있고 이로 인한 규정이나 지원이 달라질 수 있으므로 유의해야함.

〈참고: 지자체 사례〉

- 전주시는 만 75세 이상 시민 47,340명을 전수조사함. 이처럼 지자체 수준에서 전수조사를 하여 고위험군, 돌봄 지원이 필요한 군을 선별하고 재택의료센터에 의뢰할 수 있음.
- 대전 동구에서는 구민들에게 한의방문진료를 지원하는데, 타 구의 한의원에서 동구의 대상자에게 방문진료를 시행하려는 경우에는 지원 대상이 되지 않음.

3) 장기요양기관

- 요양보호사가 돌봄을 제공하고 있는 가정에는 재택의료 대상자가 있다고 볼 수 있음.
- 요양보호사들 사이의 입소문으로 의뢰가 들어오기도 하고, A대상자를 방문진료하고 있는데 A대상자의 요양보호사가 본인이 돌보는 B대상자에게도 방문진료를 설명하여 추가로 의뢰가 들어오기도 함.
- 협력관계를 구축하는 방법은 다양할 수 있음.
 - 예를 들어 재가센터 기관은 보수교육을 연중 수회 받는데, 이때 재택의료센터에서 노인의학 등의 강의를 맡으면 기관과의 협업이 용이해짐.
 - 요양보호사들을 대상으로 특강을 할 수도 있음.
 - 요양보호사들을 대상으로 환자 체위 변경, 부축 과정에서 이들도 근골격계 손상이 잦으므로, 안전한 물건 들기, 돌봄 중간에도 할 수 있는 등척성 운동, 스트레칭 방법 등을 교육하면 좋음.

4) 상급병원, 공공병원

- 환자의 감염, 심부전, 골절, 조절되지 않는 고혈당 등 입원이 필요한 상황에서 상급 병원에 입원하고 난 뒤 흔히 관행적으로 요양병원으로 직행하게 됨.
- 단기입원이라 할지라도 일단 입소하면 다시는 가정으로 복귀하지 못할 가능성이 매우 높음.
- 따라서, 퇴원 후 다시 가정으로 돌아와서 방문진료로 케어를 계속하는 모델을 지역 수준에서 구축할 필요가 있음.
- 이런 측면에서 매우 중요한 협력 대상이기는 하나, 의과 상급종합병원에서 가정으로 퇴원시키면서 양방 일차의료기관으로 전원하는 모델조차 거의 구축되어 있지 않은



상태에서 한의 재택의료센터와 협력이 쉽지는 않음.

- 우선적으로 대상자 및 가족들에게 요양원이 아닌 집으로 퇴원하는 모델과 그 장단점을 잘 인지시키고 당사자들이 원할 경우 퇴원 후 케어가 어떤 식으로 이루어질지 이해시키는 것이 필요할 것임.
- 가정으로의 퇴원을 원한다면, 보건복지부의 「급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계 활동 시범사업」(이하 퇴원환자지원사업)에 참여하는 의료기관으로 입원시키는 것이 좋음(단 기관의 사업참여 여부 미리 확인 필요).
- 입원 전에 어떻게 케어해왔는지, 퇴원 후 케어 계획은 어떠한지 상급병원 담당자와 소통하여 환자의 의료정보를 상호 인수인계함.
- 퇴원환자지원사업은 사전에 협약을 체결한 기관에만 해당되므로, 협약 체결은 필수적임.
- 의료보호환자의 퇴원 후 재가의료사업이 있으나, 명목상으로만 존재하고 협업사례가 없는 지자체가 많으니 지자체와 협업회의를 하는 것을 추천함.

5) 지역 내 의원

- 지역 내 상급병원들은 외부진료협력부서가 있는 경우가 많으므로, 미리 협력기관으로 신청을 하고, 의뢰 회송체계를 갖추어 놓도록 함.
- 환자의 보장구 처방을 위해서는 처방을 해주는 것으로 확인된 정형외과나 재활의학과 의 위치와 진료시간을 파악해 놓아야 함.
- 낙상 시 영상 검사를 의뢰할 정형외과, 정신과 약물 조절을 의뢰할 신경정신과와도 협력관계가 필요함.
 - 의과 방문진료의도 약물 처방을 의뢰할 신경정신과를 찾기 어려운 경우가 있음.
- 만성질환에 대한 약물이나 항생제 처방을 위해 의사의 방문진료를 요청해야 할 수도 있음.
- 직접 소통할 만큼 협력관계가 원활한 것이 가장 이상적이고, 적어도 환자의 가족이 진료를 요청했을 때 거부하지 않을 정도의 지역 의원 목록이라도 확보해 놓아야 함.
- 질병의 급성기 및 생애 말기에 의과와 협력하는 모델에 대한 고민이 향후 필요함.

4

대상자 모집과 관리

가. 대상자 모집

1) 대상자 분류

- 재택의료센터에서 모집하는 대상자는 아래의 경우로 크게 분류할 수 있음.
 - 건강보험공단의 의사소견서 발급 의뢰하여 연결되는 경우
 - 지자체에서 발굴하여 의뢰한 대상자
 - 장기요양기관에서 연계한 대상자
 - 본인, 보호자, 이웃 등이 직접 연락하는 경우

2) 대상자 모집 시 주의사항

- ‘일차의료 만성질환관리 사업’(이하 일만시) 및 ‘장애인 건강주치의 시범사업’(이하 장주사)에 등록된 대상자는 재택의료센터 시범사업에 중복해서 등록할 수 없음.
 - 재택의료센터의 (한)의사가 주치의 역할이므로 다른 사업의 주치의와 겹치면 안 된다는 개념임.
- 단, 타 재택의료센터나 일만시, 장주사에 등록된 대상자도 일차의료 한의 방문진료는 가능함.

3) 대상자 모집 방법 - 홍보책자 활용

- 재택의료센터 인력, 특히 사회복지사는 관련 협력기관에 홍보책자를 들고 방문하여 사업을 설명하고 협력관계를 구축할 필요가 있음.
- 보건복지부의 시범사업 안내 내용에, 해당 의료기관의 명칭, 소재지, 전화번호, 진료 과목, 시범사업기관으로 선정되었음을 추가하면, 의료광고가 아닌 단순 안내자료가 되어 안전하게 배포할 수 있음.
- 추가적인 내용을 실으려면 의료광고심의를 받아야 함.
- 환자 유인, 알선은 불법이므로 유의하여야 함.

4) 한의원 기존 환자군

- 노인 환자들 중 꾸준히 내원하다가 어느 순간 발걸이 끊긴 환자들은 집에서 나오지 못하고 있을 가능성이 있음.
- 가족도 한의원에 내원하고 있다면 소식을 물어보거나, 전화를 걸어 안부를 확인해 볼 것을 권함.
- 물론 전화 자체를 받지 않거나 시큰둥한 태도로 받을 확률도 있지만, 그럼에도 불구하고 고령의 기존 환자들은 그 어떤 환자군보다 한의재택의료센터에 관심을 많이 가질 선별된 집단이라는 것은 확실함.

〈참고 사항〉

한의사의 수기

대전 OO한의원 방문진료 한의사

대상자‘발굴’이란 표현이 처음에는 어색하게 느껴졌다. 유적도 아니고 화석도 아닌데, ‘발굴’이 라니 과한 표현 아닌가 싶었다. 그러나 재택의료센터 대상자들은 사회적으로 고립되어 있어 외부에서 적극적으로 찾아가지 않는 이상 손이 닿을 수 없는 경우가 많고, 돌봄 사각지대라 복지 행정에서도 아예 파악이 되지 않아 수십 년간 방치된 고위험군 사례도 있다. 창문도 열지 않고 외출도 하지 않은 채로 수십 년간 지내온 대상자의 어두컴컴한 집에 처음으로 발을 들여놓다 보면, ‘발굴’이란 용어가 생생하게 다가온다.

대상자에게 재택의료에 대한 정보가 달기 어려우므로 본인이 직접 의뢰하는 일은 사실상 없고, 가족이 의뢰하는 경우도 아직은 드물다. 따라서 복지관, 재가요양센터, 구청, 주민센터, 건강보험공단지사, 보건소 등에서 대상자를 적극적으로 찾아내어 재택의료센터에 의뢰를 하는 경우가 대부분이다. 아직은 해당 기관에서도 방문진료에 대해 잘 알지 못하는 경우가 많으므로 지역사회 네트워크를 잘 형성해야 의뢰가 활발히 이루어질 수 있다.

다행히도, 대상자 의뢰 협조를 구해야 할 기관들은 재택의료센터와 경쟁관계가 아니며, 상호 협조가 서로에게 윈윈이 된다. 업무협약을 맺고, 신뢰관계를 쌓아가며, 의뢰해준 기관에 피드백을 주도록 한다.

나. 대상자 관리

1) 대상자 등록

- 방문진료 제공은 지속되기 쉽지 않고 초기 종결률이 높을 수 있음.
 - 종결의 원인은 재택의료가 기대에 미치지 못하거나, 현재 다니는 병원이 더 만족스

럽거나, 본인부담금이 부담이 되어서 등임.

- 목표 대상자 수보다 충분히 더 많은 환자와 사전 상담을 진행해야 하고 적합한 대상자를 선별할 필요가 있음.
- 등록 및 포괄평가 전 사회복지사가 1회 이상 사전 방문을 해야 하는 이유는 대상자로 적합한지 파악하여 조기 종결률을 줄이기 위해서임.
- 적절한 선별 과정은 등록률을 낮출 수 있지만, 그만큼 방문진료는 지속적으로 이루어질 수 있음.
- 사정에 따라 사전방문을 전화 상담으로 대체할 수 있음.
- 환자나 보호자 입장에서 빠른 연락을 바라고 의뢰를 했는데 방문이 바로 이어지지 않으면 이에 실망하고 탈락하기도 하므로, 의뢰가 들어오면 되도록 바로 연락을 취하고 방문 일정을 잡는 것이 좋음.

2) 등록 전 파악할 정보

- 핵심 정보를 파악하기 위한 질문을 하고, 그 다음에 개방형 질문으로 대상자와 보호자의 주요 필요를 파악함.
- 만일 긴급 방문이 필요한 상황이라면 우선순위를 조절하여 바로 방문진료로 이어지도록 함.
- 환자의 이름, 나이, 성별, 장애등급, 장기요양번호, 건강보험자격(의료급여 1종, 2종, 건강보험), 주 돌봄제공자, 방문이 가능한 시간, 주소, 전화번호를 확인함.
- 대상자가 동의할 경우, 주민등록번호 확인 및 지자체 협조를 통해 정확한 본인부담금을 안내할 수 있음
- 건강생활유지비*도 확인할 수 있으며, 특히 칩거 시간이 길어서 병원 방문이 없던 경우는 건강생활유지비가 누적되어 있을 수도 있음.
*의료급여 1종 수급권자가 외래진료를 받는 경우 본인부담금 비용일부를 지원받는 것
- 거리가 너무 멀어서 직접 방문하기 어렵다면, 대상자의 집에 가까운 방문진료 제공기관을 찾을 것을 권하거나 목록을 알려드릴 수 있음.
- 본인부담금을 안내하고 지불 의사가 있는지 확인함.
- 또한 원하는 서비스와 제공 가능한 서비스가 맞지 않을 경우(예: 장기요양등급 1등급인데 한의치료로 일상생활능력 회복 원함) 등록이 어려울 수 있음.

〈참고 사항〉

기초상담지 서식

환자 관리 서식 예시 1

재택의료센터 환자 명단 2024년 8월이후 명부(24년 7월까지 제외자 삭제)

24년 방문간호 51,110원 15%(7660,15330,22990) 9%(4600,9200,13000) 6%(3060,6130,9200) / 방문진료 30700, 10200, 5100

순번	차트	이름	주민등록	본명	통장	건강보험	등록번호	마료기간	번호	포괄평가	Km	(분)	진료	가호	비고
----	----	----	------	----	----	------	------	------	----	------	----	-----	----	----	----

환자 관리 서식 예시 2

재택의료센터 환자 명단 2024년 8 이후 명부(24년 7월 까지 제외자 삭제)

번호	성함	연락처 주소 보호자 최대한 자세히	장기요양기관등	질병상황등 주요 메모
1	1	연락처 주소 보호자 최대한 자세히	장기요양기관등	질병상황등 주요 메모

종결 관리 예시

종결: 차트번호 이름 연월일 사유 (예시 - 00홍길동 240701 요양원입소)

※ 자료: 기초상담지 서식 예시

〈참고 사항〉

한의사의 수기

대전 OO한의원 방문진료 한의사

세미코마 상태로 장기간 와상 상태이고 어떤 치료로도 호전이 어려운 경우라, 한의 방문진료의 효용이 떨어지는 대상자를 방문한 적 있다. 환자 상태를 점검하고 구축된 근육과 중풍칠쳐혈 등에 침치료를 하고 1회로 방문을 종료했다.

그런데 보호자가 의외의 반응을 보였다. 한의사에게 침 한 번 맞혀드리는 것이 숙원이었는데, 한의원에 도저히 갈 수 없어 그 소원을 풀지 못했었다며, 이제 여한이 없다고 눈물을 글썽이시는 것이다. 그 뒤로도 여러 번에 걸쳐 감사를 표하셨다.

방문'진료'가 아니라 '방문'진료가 대상자의 가정에 의미가 있었던 사례이다. 대상자로 적합하지 않더라도 한 번 방문하여 포괄적으로 점검해보면 대상자와 보호자에게 의외의 도움을 줄 수도 있다. 핵심적인 복지 자원을 모르고 있는 경우도 있기 때문이다.

3) 대상자 관리

- 아직은 재택의료센터 환자관리 목적으로 개발된 소프트웨어가 없으나 대상자 방문 일정과 사례를 체계적으로 정리하고 이를 팀과 함께 공유하는 것이 좋음.
 - 다만 환자 정보 관리에 주의가 필요함.
- 대상자를 기관으로부터 의뢰받았다면 의뢰한 기관과 긴밀히 피드백을 주고받을 수 있어야 함.
- 사전방문 또는 첫 방문을 의뢰 기관 담당자와 함께 하면 신뢰도가 올라감.



5

방문진료 준비

가. 방문진료 가방

- 방문진료 가방은 외부는 고정 프레임이 있어서 가방 문을 열었을 때 고정되고 내부는 파티션으로 다양한 장비를 분류할 수 있는 형태를 권장함.
- 방문진료 가방 안에 구성품은 다음을 참고 할 수 있음.
 - 침, 알콜솜, 혈압계, 혈당측정기, 산소포화도 측정기, 체온계가 왕진가방의 최소치임.
 - 도보나 자전거로 방문한다면 가방 크기에는 한계가 있음.
 - 아래의 물품목록은 최대치이니 상황에 따라 취사선택하도록 함.

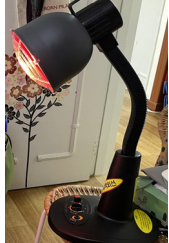
[표 2-2] 방문진료를 위한 물품 예시

침(호침 및 장침, 도침 종류별로), 이동식 전침
 뜸(전자뜸, 미니썩뜸, 왕뜸, 왕뜸기), 뜸용 라이터, 라이터가스
 랜셋, 사혈총
 보험한약제제
 약침, 아이스팩, 약침 주사기, 니들
 각 사이즈별 부향컵 , 부향흡입기
 혈압계(자동/수동), 혈당측정기, 산소포화도 측정기, 체온계
 Covid19 진단 키트, 이동식 초음파기기
 용기에 담은 알콜솜, 마른솜, 휴지
 요오드 소독제, 손소독제, 마사지크림, 한방파스
 가위, 핀셋, 일회용 위생비닐장갑, 일회용 라텍스 장갑
 폐기물통(니들, 썩뜸폐기물, 혈액오염폐기물, 부향폐기물)
 스테인리스 사각트레이
 테이핑테이프, 드레싱 거즈, 반창고 테이프, 테가덤
 자운고, 청염고 등 한방연고
 년슬립 테이프(샘플용)
 손톱깎이, 니퍼
 청진기, 펜라이트, 이경, 줄자, 설압자, 휴대용 체중계
 동의서, 진료부, 방문진료 안내문, 사전연명치료의향 안내, 사망안내 등 서류
 환자에게 제공할 색칠공부, 글씨쓰기, 숫자 계산 등 인지교육 자료 등
 태블릿 PC, 휴대용 프린터기, 리모트뷰 소프트웨어 프로그램 등

- 일반가정에서 발생하는 수액세트 등 의료폐기물은 인체에 유해한 성분이 없고 특정 장소에서 일정량이 배출되는 것이 아니기에 생활폐기물로 분류됨.
- 따라서 원칙적으로 가정에서 발생한 의료폐기물은 가정 내 일반쓰레기로 배출이 가능함.
 - 다만, 손상성 폐기물(침, 주사바늘 등)은 위해의료폐기물(폐기물관리법 시행령[별표2])로 분류되므로, 의료기관에 가져와서 의료용폐기물로 위생적으로 처리하도록 하는 것이 윤리적으로 바람직함.



[그림 2-1] 방문진료 가방 및 물품 사진 예시

			
침 및 알콜소움	일회용 부항 키트	한방 연고	한방 파스
			
휴대용 혈압계	혈당 체크기	휴대용 전침기	적외선 치료기(IR)
			
산소포화도 측정기 및 체온계	코로나 & 독감 검사 키트	폐기물 비닐 및 손상성 폐기물 수거 용기	드레싱 키트
			
			테이핑 테이프 및 바르는 파스

[그림 2-2] 방문진료 가방 및 물품 사진 예시(상세)

6

재택의료 진행

1) 첫 방문 및 포괄평가

※ 재택의료센터의 포괄평가와 케어플랜의 자세한 내용은 3장 참조

- 첫 방문은 반드시 복수의 인원이 갈 것을 권유함.
- 플랜 작성을 위한 공통의 정보를 확보하기 위해서이기도 하지만, 방문 인력의 안전을 위해서이기도 함.
- 매우 드물지만, 오랜 기간 전혀 움직이지 않아 와상상태인 줄로만 알았던 환자가 갑자기 움직여 방문인력을 공격하려 한 사례도 있었음.
- '장기요양 재택의료센터 포괄평가 및 케어플랜 기록지'를 활용하여 신청인의 건강·질병 및 사회·경제환경, 간호관리 필요 항목, 서비스 이용 현황 등을 포괄적으로 평가함.
- 1년 단위로 실시하여야 하며 의사, 간호사, 사회복지사 각 1인 이상으로 구성된 재택의료팀이 함께 방문하는 것을 원칙으로 함.
- 정기 포괄평가 전이라도 필요한 경우 포괄평가를 재실시할 수 있음.

〈참고 사항〉

매뉴얼에는 없는 팁!

- 공식적인 첫 방문을 하기 전에 (수가 없는) 사전 방문을 하는 것이 좋음.
- 첫 방문시에 세 명 이상의 인력이 함께 가서 바쁘게 평가하면, 환자 입장에서는 낯선 사람들이 우르르 와서 잘 알아듣기 힘든 질문을 잔뜩 하고 따라하기 어려운 동작들을 시킨다고 느낄 수도 있으며 이는 방문 거부로 이어질 수도 있음.
- 포괄평가를 여러 방문에 나눠서 진행해야 할 수도 있음.
- 고립 생활이 길고 체력이 떨어지는 환자일수록 첫 방문을 조용하고 안정적인 분위기에서 짧게 진행하는 것이 좋음.
- 공식 방문에서는 포괄평가가 필수적이라 짧게 할 수 없으니, 사회복지사가 라포를 쌓고 대상자 파악을 위한 사전 방문을 최소 1회 이상 하도록 함.
- 조기종결자는 대부분 방문 초기에 발생하므로, 처음에 신뢰관계를 쌓는 것이 매우 중요함.

2) 케어플랜 수립

- 포괄평가 실시 후 재택의료팀 사례회의를 거쳐 효율적인 서비스 제공 및 자원연계가 되도록 계획을 수립하여야 함.
- 서비스 제공 과정에서 케어플랜의 수정이 필요하다고 판단되는 경우 케어플랜을 재작성하여야 함.
- 케어플랜 수립 후 대상자에게 그 내용을 안내하여야 함.

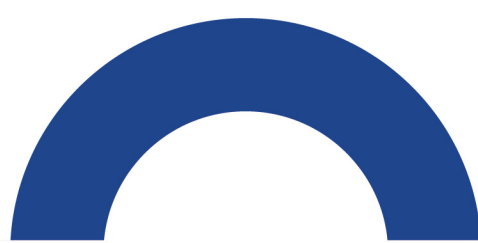
3) 팀 사례회의

- 재택의료팀은 팀 사례회의를 최소 월 2회 이상 실시하여야 함.
- 포괄평가 내용을 토대로 문제목록을 도출하고 중재방안 마련 및 (한)의사, 간호사, 사회복지사의 방문주기 및 역할 등에 대해 논의 후 케어플랜을 수립하여야 함.
- 서비스 제공과정 중에 대상자의 질병상태 및 변화된 환경 등을 공유하여야 하며, 필요시 케어플랜을 재조정하여야 함.

4) 지역사회 자원연계

- 사회복지사는 대상자와의 주기적 상담을 통하여 돌봄 필요도를 수시로 확인하고 연계하여야 함.
- 사회복지사 등은 지자체, 지역사회 내 돌봄기관과의 협력관계 유지를 위하여 최소 월 1회 이상 지역 내 협력기관과 통합사례회의를 실시하여야 함.
- 지역사회 자원의 실제 연계 여부 및 대상자의 문제 해결정도에 대한 결과를 점검하고 필요시 지역사회 자원 연계를 재시도하는 등의 조치를 해야 함.

제3장



사례관리 방법

1

사례관리의 개념과 필요성

가. 사례관리의 개념

□ 사회복지학에서의 정의

- 복합적이고 만성적인 욕구가 있는 대상자와 가족의 사회적 기능 회복을 위해 서비스 운영체계를 확립하고, 이를 기반으로 체계적 사정(assessment)*과 지역사회의 다양한 자원을 활용하여 대상자의 삶의 질 개선과 향상을 위해 지속적이고 효과적인 사회복지서비스를 제공하는 통합적 실천 방법³⁾

* 사정이란? 대상자의 필요(need)를 확인하고, 그 필요를 충족시키기 위한 방법이나 전략을 개발하고, 구체적으로 제공할 서비스를 결정하기 위해 필요한 정보를 얻고 분석하는 과정

- 현재 ‘통합사례관리 사업’으로 시행되고 있으며, 통합사례관리란 지원대상자의 사회 보장 수준을 높이기 위하여 지원대상자의 다양하고 복합적인 특성에 따른 상담과 지도, 사회보장에 대한 욕구조사, 서비스 제공 계획의 수립을 실시하고, 그 계획에 따라 지원대상자에게 보건·복지·고용·교육 등에 대한 사회보장급여 및 민간 법인·단체·시설 등이 제공하는 서비스를 종합적으로 연계·제공⁴⁾하는 것

□ 간호학에서의 정의

- 대상자의 다양한 건강 관련 요구를 충족시키기 위해 사정하고, 계획하고, 치료 및 간호 프로그램을 조정하고, 필요시 타 기관으로 의뢰하며, 전체적인 과정을 감독하는 체계적인 과정⁵⁾

3) 권진숙 외. 사례관리 전문가교육. 한국사례관리학회. 2012.

4) 사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률 제42조의2

5) 김춘미 외. 지역사회보건간호학. 수문사. 2018.

나. 사례관리의 목적

- 대상자의 삶의 질 개선 및 향상
- 필요한 서비스의 지속적인 제공
- 필요한 서비스의 조정 및 개선
- 대상자에게 가장 적합한 개별적 서비스 제공
- 앞서 언급한 목적의 달성을 위한 효과적 자원의 개발과 배분
 - ⇒ 궁극적으로 대상자의 내적인 능력을 향상시키고, 자원을 동원하여 스스로 문제를 해결할 수 있는 역량을 강화하는 것

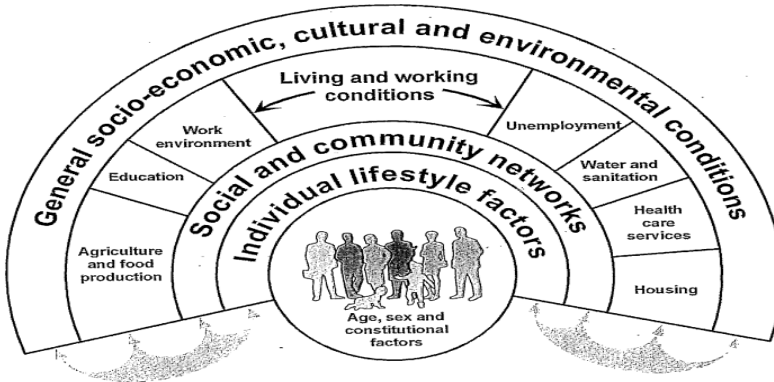
다. 사례관리의 필요성

□ 건강 결정요인에 따른 필요성⁶⁾

- 개인의 건강은 단순히 타고난 특질과 행동학적 요인들로만 설명할 수 없으며, 개인을 둘러싼 사회적 네트워크, 생활이나 작업 여건, 사회경제적·문화적·환경적 여건 등 다층적인 요인이 영향을 미침.
- Dahlgren과 Whitehead⁷⁾에 따르면 건강에 영향을 미치는 요인은 다음과 같음.
 - 핵심(중심): 연령, 성별, 유전 등 타고난 요인
 - 1층: 개인의 생활양식
 - 2층: 사회적 및 지역사회에서의 네트워크
 - 3층: 생활여건과 작업여건
 - 4층: 사회경제적·문화적·환경적 조건

6) 윤주영. 노인 사례관리의 이해 발표자료. 2023.

7) Dahlgren, Whitehead. Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Futures Studies. 2007.



[그림 3-1] 주요한 건강 결정요인

자료: Dahlgren, Whitehead. Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Futures Studies. 2007.

- 이러한 복합적이고 다면적인 건강 결정요인을 포괄적으로 접근하기 위해서는 사례 관리의 과정이 필수적임.

□ 노인의 기능상태 단계에 따른 필요성⁸⁾

- 건강한 상태에서부터 경증 → 중등도 → 중증으로 기능 장애가 진행됨에 따라 각 단계에서 필요한 서비스와 서비스의 목표가 달라짐.
 - 건강한 상태에서는 정기적 건강검진, 만성질환관리, 건강증진 활동, 사회참여 증진, 치매 및 우울 예방을 통해 건강을 유지하고 만성질환을 관리하는 것을 목표로 함.
 - 경증(전노쇠) 상태에서는 노쇠를 예방하기 위해 운동, 영양, 정서 측면의 관리와 사회활동을 촉진하며, 정기적 건강검진과 치매 예방, 질환과 약물의 관리를 통해 장기요양으로의 진입 예방을 목표로 함.
 - 중등도(노쇠) 상태에서는 주간보호나 방문요양, 재활을 통해 일상생활을 유지할 수 있도록 하며, 질병의 후유증을 관리하고, 필요한 의료 및 간호처치를 통해 시설 입소를 예방하는 것을 목표로 함.
 - 중증의 와상 상태에서는 안정적으로 상태를 관리하고, 호스피스 완화의료를 통해 임종을 준비하며, 존엄한 돌봄을 목표로 함.

8) 윤주영. 노인 사례관리의 이해 발표자료. 2023.

- 경증의 기능장애 상태부터 지역사회 돌봄의 영역에서 다룰 필요가 있으며, 이 단계에서는 지역사회 또는 전체 인구 중심의 개입이 시행됨.
 - 예를 들어 지역사회 노인을 대상으로 실시하는 중풍 또는 치매 예방 프로그램 등이 있으며, 일차의료 만성질환관리 시범사업 또한 이에 해당함.
- 중등도 이상의 기능장애 상태부터는 보다 개별적인 접근을 통해 대상자의 상태에 대한 개선 및 관리가 필요하게 되며, 이것이 사례관리라고 할 수 있음.

지역사회 돌봄 필요 영역

단계	건강한 상태	[경증] 전노쇠 상태	[중등도] 노쇠 상태	[중증] 와상 상태
주요 서비스 내용	· 정기적 건강 검진 · 만성질환 관리 · 건강증진 활동 · 사회참여 증진 · 치매, 우울 예방	· 노쇠 예방 관리 · 정기적 건강검진 · 치매 예방 · 질환/약물 관리	· 일상생활 유지 (주간보호, 방문요양, 재활) · 질병관리 · 의료/간호 처치	· 안정적 상태 관리 · 완화 돌봄 · 호스피스 · 임종 준비
목표	건강 유지, 만성질환관리	장기요양 진입 예방	시설 입소 예방	존엄한 돌봄
		지역사회/인구 기반 접근	개별적 접근: 사례관리 필요영역	

[그림 3-2] 노인의 기능상태 단계별 특징

자료: 윤주영. 노인 사례관리의 이해 발표자료. 2023.

□ 장애인의 사례관리 필요성⁹⁾

- 장애인 사례관리는 장애인이 보통의(통상적인) 생활을 영위하고 활동할 수 있도록 지원하며, 한 사람의 책임 있는 개인으로서 주체적으로 살아갈 수 있도록 자립생활과 사회경제활동에의 적극적인 참여를 지원함.
- 장애 정도가 비슷하다고 해서 욕구나 생활과제가 같을 수 없으며, 장애 정도가 심하다고 해서 생활욕구가 더 많다고도 할 수 없으므로 각 대상자에게 꼭 필요한 욕구와 그 정도를 정확히 사정(assessment)하여 개별적으로 지원할 필요가 있음.
- 대상자의 생애 단계(life stage)에 따라 필요한 서비스와 제도가 다르므로 대상자의 폭넓은 욕구를 파악하고 이를 충족하기 위해서는 사례관리가 필요함.

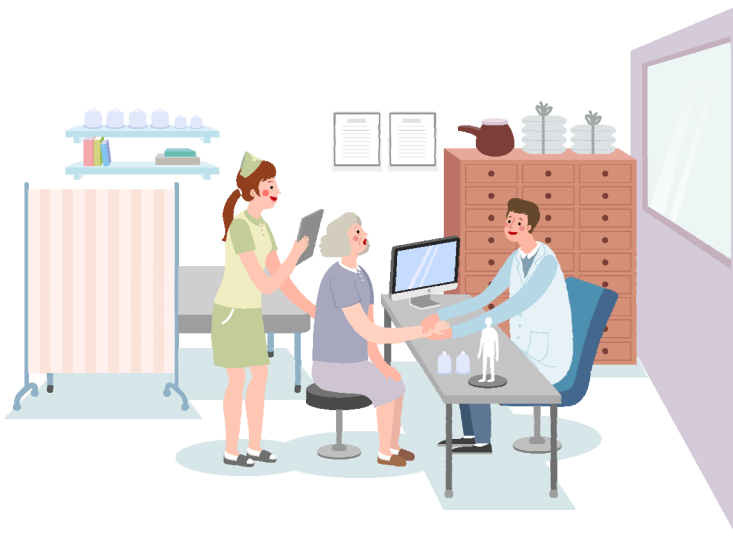
[표 3-1] 생애 단계(life stage)에 따른 서비스·제도

	생애 단계			
	영유아기	학령기	성년기	고령기
전반적 지원	- 장애인활동지원서비스 - 장애인복지관(가족지원, 사회참가, 고용, 교육, 건강, 보육, 권익관련 상담 및 서비스)			
케어·가족 지원	- 발달장애인 부모상담 지원사업 - 장애아가족양육지원(돌봄서비스, 휴식지원서비스) - 발달장애인 가족휴식지원사업 - 장애인활동지원서비스 - 장애인단기 거주시설		- 성인장애인주간 보호센터 - 장애인활동지원 서비스 - 장애인단기 거주시설	- 장애인활동지원 서비스 - 장기요양서비스
건강·의료	- 장애인의료비 지원(의료급여 2종 수급자 부담금액의 일부 또는 전액) - 저소득장애인 진단서 발급 및 검사비 지원 - 장애인구강진료센터 - 장애인활동지원서비스(방문간호) - 장애인 이동목욕 차량운영(이동목욕서비스)			
경제적 보장	- 장애아동수당(만18세 미만) - 장애아보육료 지원(만12세 이하)		여성장애인 출산비용 지원	
이동·보조 기기	- 장애인콜택시(장애유형, 장애정도에 따라 이용 여부와 비용 차이 있음) (저소득장애인) 장애인 보조기기 교부사업 - 특수교육 대상자 보조기기 대여사업 - 도로교통공단 장애인 운전지원센터			

자료: 「박정란, 황세인. 사례관리(제4판). 양서원. 2024.」에서 일부 발췌함.

9) 박정란, 황세인. 사례관리(제4판). 양서원. 2024.

- 대상자가 생활과제를 해결하는데 있어 자신이 주체임을 자각하고 자신감을 갖도록 주체성(또는 역량, Empowerment)을 키워가는 관점에서 장애인을 지원하기 위해서는 사례관리가 필요함.
- 1단계는 정보제공(information)으로 기본적인 생활력을 충족하기 위한 치료와 재활, 생활훈련이 해당됨.
- 2단계는 상담조언(consultation)으로 사회복지제도와 생활정보 제공을 통해 정보를 활용하는 것을 의미함.
- 3단계는 계획작성 시 영향력 행사(influence)로 대상자 본인의 상황에 대한 객관적, 사회적 인식과 이해를 높이기 위한 단계임.
- 4단계는 협동(partnership)으로 각종 사회활동에의 참여뿐만 아니라 가정과 사회 생활에서 적극적으로 의사결정에 참여하는 것을 의미함.
- 5단계는 주도권(control)으로 대상자 본인이 주도권을 행사하여 여러 측면에서 자유로운 선택이 가능하도록 함.



2

포괄평가

가. 필요(need)와 요구(want)의 개념

- 필요(need)란 개인이 독립적인 삶 또는 삶의 질을 유지하고 향상할 수 있도록 하는 데 필요한 것을 의미함.
 - 특정 프로그램이나 서비스를 제공해야할 필요성
 - 서비스나 프로그램 자체에 대한 요구(want)와는 구분할 필요가 있음.
- 요구(want)란 결핍을 해소할 수 있는 수단적인 방법을 의미함.
 - 예를 들어, ‘배고프다’는 필요(need)이고, ‘배가 고파 빵을 먹고 싶다’는 요구(want)라고 할 수 있음.
- 포괄평가는 대상자의 ‘필요(need)’를 사정하는 것으로 대상자의 삶의 질을 유지 또는 향상하고, 대상자가 인간다운 삶을 영위할 수 있도록 도와주는 서비스를 제공하기 위해 수행되는 단계임.

나. 포괄평가의 필요성

- 포괄평가는 서비스 제공 계획의 정당성을 확보하는 중요한 과정임.
- 대상자의 상황이나 자원의 이용가능성 등에 대한 체계적이고 포괄적인 사정을 통해 대상자 맞춤 케어플랜 수립을 가능하게 함.
- 장기요양 재택의료센터 시범사업에서는 ‘장기요양 재택의료센터 포괄평가 및 케어플랜 기록지’를 활용하여 대상자의 건강·질병 및 사회·경제 환경, 간호 관리 필요 항목, 서비스 이용 현황 등을 포괄적으로 평가할 수 있음.

다. 포괄평가에 활용할 수 있는 도구

□ 장기요양 재택의료센터 시범사업의 포괄평가 항목

- ‘장기요양 재택의료센터 포괄평가 및 케어플랜 기록지’의 평가 항목은 다음과 같이 정리할 수 있음.

[표 3-2] 장기요양 재택의료센터 포괄평가 항목

항목	내용
기본사항	성명, 성별, 생년월일, 주소, 장기요양등급·유효기간, 보호자 정보
건강 및 질병 상태	해결을 호소하는 주요 문제 또는 증상 의사소통 가능 여부 기능장애의 원인 질환 및 치료중인 동반질환 현재 투약내용, 최근 1년 이내의 입원치료 여부 발생한 노년 증후군(최근 3개월)
신체상태	보행능력 및 근력, 영양상태 및 식사행위, 저작·연하곤란 등
정신상태	정신 심리적 문제(인지기능, 우울증), 치매진단 및 문제행동 여부
신체·정신적 자립생활 가능성	의식수준 신체인지기능의 도움 필요 정도
의료처치 및 건강관리 욕구	vital sign(혈압, 맥박, 혈당, 산소포화도 등) 모니터링 필요성 관절 및 근력재활, 욕창, 당뇨발, 수술창상, 기관절개, 배뇨관리, 인공루, 산소(인공호흡기, 호흡곤란 치료 등), 투석 복약관리, 정맥주사, 정맥영양, 인슐린 요법, 통증 등
사회·환경 평가	안전, 건강, 일상생활, 가족관계, 사회적관계, 경제, 교육, 고용, 생활 환경, 권익보장 영역에서의 지원 필요 정도
서비스 이용현황	의료·장기요양지역 돌봄 서비스 등 각종 서비스 이용 여부 및 희망 유무

○ ‘장기요양 재택의료센터 포괄평가 및 케어플랜 기록지’ 외에 붙임 자료로 다양한 선별검사 서식이 있어 이를 활용하여야 함.

- 하지만 대상자의 기능상태가 굳이 선별검사를 진행하지 않더라도 명확할 경우 생략할 수 있음.
- 선별검사 서식은 다음과 같음.

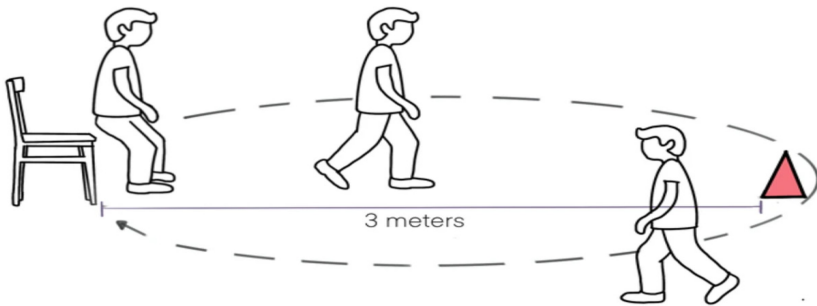
※ 「장기요양 재택의료센터 지침(보건복지부, 2024)」-붙임자료 참고

- ① 인지기능 평가: 한국판 간이인지기능 검사(K-MMSE)
- ② 노인우울평가 (GDS-15 또는 PHQ-9 중에서 적용)
- ③ Braden 욕창위험도 평가
- ④ 한국어판 섭망평가도구(Nu-DESC)

- 그 외 참고할만한 선별검사로는 TUG (Timed Up and Go) Test, 약식 영양 평가 (Mini Nutritional Assessment, MNA), mMRC (modified Medical Research Council Dyspnea Scale) 호흡곤란점수 등이 있어 이를 활용할 수 있음.
- 또한 노인의 포괄적인 기능상태를 측정하기 위한 도구인 '한국형 노쇠평가도구'와 '간편 신체기능검사(Short Physical Performance Battery, SPPB)'가 있으니 활용 할 수 있음.

□ TUG (Timed Up and Go) Test

- TUG Test는 이동성을 평가하기 위한 방법으로 비교적 간단하고 쉬운 방식이며, 정적, 동적 균형감을 필요로 하기 때문에 보행 이상이나 낙상의 위험을 확인할 수 있어 노인을 대상으로 시행하기에 적합함.¹⁰⁾
- 시행방식은 의자에서 일어나 3미터를 걷고 180도 돌아서 다시 의자로 걸어가 180도 회전하면서 앉는 데 걸리는 시간을 측정함.¹¹⁾
 - 평소 신는 신발을 착용하고, 필요한 이동 보조 기구를 사용하여 측정함.



[그림 3-3] TUG Test 시행 방법

자료: Paloma Martín-Díaz, María Carratalá-Tejada, Francisco Molina-Rueda, Alicia Cuesta-Gómez. Reliability and agreement of the timed up and go test in children and teenagers with autism spectrum disorder. European Journal of Pediatrics. 2023.

10) Yim-Chiplis, P. K. Talbot, L. A. Defining and Measuring Balance in Adults. Biological Research for Nursing. 2000.

11) Podsiadlo, D, Richardson, S. The timed 'Up &Go': A test of basic functional mobility for frail elderly persons. Journal of the American Geriatrics Society. 1991.



- 여러 연구의 결과, 나이와 성별, 신체상태 등에 따라 소요되는 평균 시간이 다르므로 평가방법을 일률적으로 적용하기는 어려우나 10초 이하는 정상적인 이동성을 나타내고, 11-20초는 허약한 노인이나 장애인인 경우 정상 범위를 나타냄.¹²⁾
 - 정상적인 이동성의 기준을 12초로 설정하기도 함.¹³⁾
 - 20초 이상은 외부의 도움이 필요하고 추가 검사와 개입이 필요함을 의미하며, 30초 이상이면 낙상 위험이 있음을 암시함.

□ 약식 영양 평가(Mini Nutritional Assessment, MNA)¹⁴⁾

- 영양 평가 지표로는 신체 계측, 생화학적 평가, 임상 자료와 식이 내용이 포함되며, 생화학적 검사로 albumin, prealbumin, 콜레스테롤 혈청 농도와 미세 영양소 혈청 농도를 확인함.
 - 노인의 영양 상태를 반영하는 생화학적 영양 지표가 비정상적인 경우 이것이 영양 상태 저하를 의미하는지 혹은 기저 질환을 의미하는지 확인이 필요함.
 - 심부전, 만성 폐 질환, 장기간에 걸친 소화기 질환, 신장 질환, 간 질환, 신경 질환, 우울증과 치매는 영양 지표를 변화시킬 수 있음.
- 약식 영양 평가(MNA)는 노쇠 노인의 영양 상태 평가에 유용하며, 체질량지수, 체중 감소, 주거 환경, 약물 복용, 식사 습관, 임상 평가, 건강과 영양 상태에 대한 자가 인지도를 포함함.
 - 총 6문항으로 간편하면서 동시에 정확한 평가가 가능하여 이용하기 용이함.

12) Timed-Up-and-Go (TUG) Test . Alberta Health Services. 2010.

13) Bischoff Heike A, Stähelin Hannes B, Monsch Andreas U, Iversen Maura D, Weyh Antje, von Dechend Margot, Akos Regula, Conzelmann Martin et al. Identifying a cut-off point for normal mobility: A comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised elderly women. Age and Ageing. 2003.

14) 백현욱. 고령자 영양 관리. Korean J Gastroentero. 2019.

[표 3-3] 약식 영양 평가(MNA) 설문지

Mini Nutritional Assessment
MNA®Nestlé
Nutrition Institute이름: 성별: 나이: 키: cm 체중 kg 일자:

※ 해당 사항에 체크하시고, 오른쪽 빈칸에 점수를 적으십시오.

Screening	
A 지난 3개월 동안 밥맛이 없거나, 소화가 잘 안되거나, 씹고 삼키는 것이 어려워져 식사량이 줄었습니까? 0= 많이 줄었다 1= 조금 줄었다 2= 변화 없다	☐
B 지난 3개월 동안 몸무게가 줄었습니까? 0= 3Kg 이상 감소 1= 모르겠다 2= 1Kg-3Kg 감소 3= 변화없다	☐
C 거동능력 0= 외출불가, 침대나 의자에서만 생활가능 1= 외출불가, 집에서만 활동가능 2= 외출가능, 활동 제약 없음	☐
D 지난 3개월 동안 정신적 스트레스를 경험했거나 급성 질환을 앓았던 적이 있습니까? 0= 예 2= 아니요	☐
E 신경 정신과의 문제 0= 중증 치매나 우울증 1= 경증 치매 2= 없음	☐
F1 체질량 지수 = kg 체중 / (m 높이) ² 0= 0 = BMI < 19 1= 19 ≤ BMI < 21 2= 21 ≤ BMI < 23 3= BMI ≥ 23	☐

체질량지수를 모를 경우 F2로 가십시오.
 F1 응답을 하신 분은 F2를 하실 필요가 없습니다.

F2 종아리둘레 (Calf circumference, cm) 0 = CC < 31 3 = CC ≥ 31	☐
--	--------------------------

Screening score (총 14점)	
12-14점	☐ 정상
8-11점	☐ 영양불량 위험 있음
0-7점	☐ 영양불량

자료: 백현욱, 고령자 영양 관리. Korean J Gastroentero. 2019.

□ mMRC (modified Medical Research Council Dyspnea Scale) 호흡곤란 점수 15) ([표3-3] 참고)

- mMRC 호흡곤란점수는 환자의 건강상태를 평가하는 다른 도구를 이용한 검사결과와 비교적 일치하며, 호흡곤란점수가 높을수록 예후가 나쁘고 사망위험도가 더 커지는 것으로 알려짐.¹⁶⁾¹⁷⁾

[표 3-4] mMRC 호흡곤란점수

mMRC 호흡곤란점수	호흡곤란 내용
0	힘든 운동을 할 때만 숨이 차다.
1	평지를 빨리 걷거나, 약간 오르막길을 걸을 때 숨이 차다.
2	평지를 걸을 때 숨이 차서 동년배보다 천천히 걷거나, 자신의 속도로 걸어도 숨이 차서 멈추어 쉬어야 한다.
3	평지를 약 100m 정도 걷거나, 몇 분 동안 걸으면 숨이 차서 멈추어 쉬어야 한다.
4	숨이 너무 차서 집을 나설 수 없거나, 옷을 입거나 벗을 때도 숨이 차다.

- mMRC는 COPD 평가검사(COPD Assessment Test) 및 FEV₁(1초간 노력성호기량)와 함께 만성폐쇄성폐질환의 평가를 위해 활용됨([그림 3-5], [그림3-6] 참고).

15) Nerys Williams. The MRC breathlessness scale. Occupational Medicine. 2017.

16) 대한의학회. 일차의료용 근거기반 만성폐쇄성폐질환(COPD) 임상진료지침. 2019.

17) Nishimura K, Izumi T, Tsukino M, et al. Dyspnea is a better predictor of 5-year survival than airway obstruction in patients with COPD. Chest. 2002.

[표 3-5] COPD 평가검사지(CAT)

COPD 평가검사지	
귀하의 만성폐쇄성폐질환은 어떠십니까? 만성폐쇄성폐질환 평가검사(CAT)를 해주십시오 다음 질문들은 귀하와 담당 의료진이 만성폐쇄성폐질환이 귀하의 육체적, 정신적 건강과 일상생활에 미치는 영향을 평가하기 위한 것입니다. 답안과 검사 점수는 만성폐쇄성폐질환 관리를 향상시키고 치료 효과를 최대화하는데 사용될 수 있습니다. 아래 항목마다 현재 귀하의 건강 상태를 가장 잘 표현한 칸에 체크 표시(☑)를 해주십시오. 질문에는 반드시 한 개의 답만 선택하셔야 합니다.	
예: 나는 매우 행복하다	① ② ③ ④ ⑤
나는 전혀 기침을 하지 않는다	① ② ③ ④ ⑤
나는 가슴에 전혀 가래가 없다	① ② ③ ④ ⑤
나는 전혀 가슴이 답답함을 느끼지 않는다	① ② ③ ④ ⑤
나는 언덕이나 계단을 오를 때 전혀 숨이 차지 않다	① ② ③ ④ ⑤
나는 집에서 활동하는데 전혀 제약을 받지 않는다	① ② ③ ④ ⑤
폐질환에도 불구하고 나는 외출하는데 자신이 있다.	① ② ③ ④ ⑤
나는 잠을 깊이 잔다	① ② ③ ④ ⑤
나는 기운이 왕성하다	① ② ③ ④ ⑤
나는 매우 슬프다	① ② ③ ④ ⑤
나는 항상 기침을 한다	① ② ③ ④ ⑤
나는 가슴에 가래가 가득 차있다	① ② ③ ④ ⑤
나는 가슴이 아주 답답함을 느낀다	① ② ③ ④ ⑤
나는 언덕이나 계단을 오를 때 아주 숨이 차다	① ② ③ ④ ⑤
나는 집에서 활동하는데 많은 제약을 받는다	① ② ③ ④ ⑤
폐질환으로 인하여 나는 외출하는데 전혀 자신이 없다	① ② ③ ④ ⑤
폐질환으로 인하여 나는 잠을 깊이 자지 못한다	① ② ③ ④ ⑤
폐질환으로 인하여 나는 기운이 없다.	① ② ③ ④ ⑤

본 평가지는 환자분의 진료에 도움이 되고자 글락소스미스클라인에서 제작되었습니다. 총 점

진료 및 질환과 관련된 부분은 의사선생님과 상담해주십시오

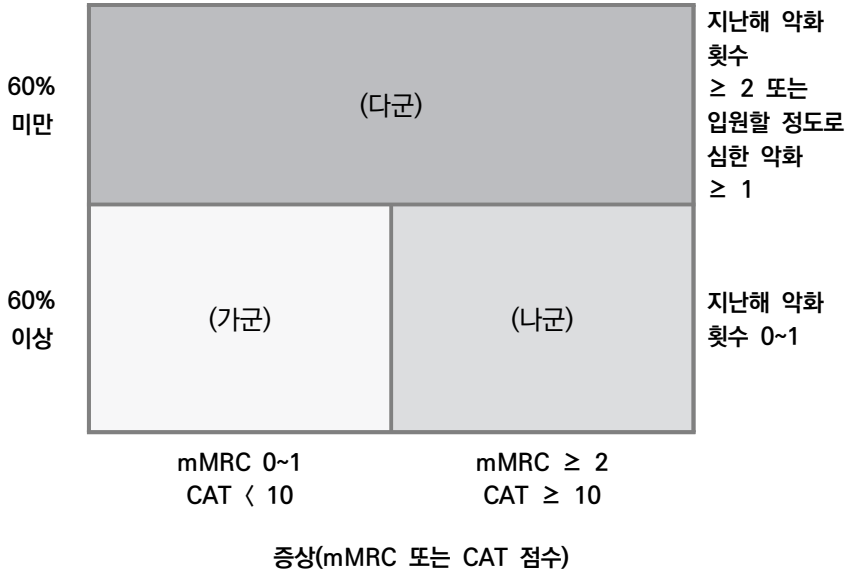
만성폐쇄성질환 평가검사와 CAT 로고는 ClaxoSmithkline 그룹사의 등록상표입니다.

©2009 ClaxoSmithkline. All rights reserved.

1202-STD-10-227-PA

자료: 대한의학회. 일차의료용 근거기반 만성폐쇄성폐질환(COPD) 임상진료지침. 2019.

FEV₁ (% 정상 예측치)



[그림 3-4] COPD 종합평가(증상, FEV₁, 악화 정도 고려)

자료: 대한의학회. 일차의료용 근거기반 만성폐쇄성폐질환(COPD) 임상진료지침. 2019.

- 가군: 위험 낮음, 증상 경함. FEV₁ 60% 이상이고 지난 해 악화가 없었거나 한 번이며, mMRC 0~1 (또는 CAT 점수가 10 미만)인 경우
- 나군: 위험 낮음, 증상 심함. FEV₁ 60% 이상이고 지난 해 악화가 없었거나 한 번이며, mMRC 2 이상 (또는 CAT 점수가 10이상)인 경우
- 다군: 위험 높음. mMRC 혹은 CAT 점수와 상관없이 FEV₁ 60% 미만에 해당하거나 또는 지난 해 2회 이상 급성 악화가 있었거나 입원할 정도로 심한 악화가 1회 이상 있었던 경우

□ 참고) 한국형 노쇠평가도구

- 지난 2020년 코호트 연구를 통해 도출된 한국형 노쇠평가 기준을 표 3-6에 제시하였으며, 이를 활용하여 노쇠 정도를 확인하고 이를 포괄평가 및 케어플랜에 반영할 수 있음.

[표 3-6] 한국형 노쇠평가 기준

항목	질문사항	답변	배점기준
탈진	지난 일주일간 모든 일들이 힘들게 느껴졌나요?	1=극히 드물었다 2=가끔 있었다 3=종종 있었다 4=대부분 그랬다	“3, 4일 경우” 1점
근력감소	보조기구나 타인의 도움없이 혼자서 쉬지 않고 10개의 계단을 오르는게 힘이 드나요?	1=예, 2=아니오	“예” 1점
보행속도 저하	운동장 한 바퀴(400m) 정도 걷기를 할 수 있나요?	1=전혀 할 수 없다. 2=매우 어렵다. 3=약간 어렵다. 4=전혀 어렵지 않다.	“1, 2, 3” 1점
신체활동량 감소	지난 7일간 중간 강도의 신체활동*이나 격렬한 활동**을 1회 이상 했나요? (단순 걷기는 포함하지 않음)	0=안함, 1=1회 이상	“0(안함)” 1점
체중감소	작년 체중에 비해 1년 동안 4.5kg 이상 감소했나요?	1=예, 2=아니오	“예” 1점

평가기준: 0-2점 건강, 3-4점 노쇠 전 단계, 5점 이상 노쇠 단계

* 중간 강도의 신체활동: 빠르게 걷기, 가벼운 물건 나르기, 청소, 육아 등

** 격렬한 신체활동: 무거운 것을 들어 올리거나 나르는 일(20kg 이상), 땅파기, 노동, 계단으로 무거운 물건 나르기 등

자료: Kim Sunyoung 외. Development of a Frailty Phenotype Questionnaire for Use in Screening Community-Dwelling Older Adults. Journal of the American Medical Directors Association. 2020; 21(5).

□ 참고) 간편 신체기능검사(Short Physical Performance Battery, SPPB)

- 짧은 신체기능검사를 통해 하지 기능을 평가하는 도구로 직립균형검사, 보행속도, 의자에서 일어나기 등 3가지 항목으로 이루어져 있으며, 이를 활용하여 포괄평가 및 케어플랜 수립에 참고할 수 있음.

[표 3-7] 간편 신체기능검사 항목

검사 항목		평가 기준	점수	만점
균형 검사	일반 자세 	>10초	1	4
	반 일렬 자세 	>10초	1	
	일렬 자세 	3~10초	1	
		>10초	2	
보행 속도	4m 걸음	<4.82초	4	4
		4.82~6.20초	3	
		6.21~8.70초	2	
		>8.70초	1	
의자에서 일어나기	5회 반복	<11.19초	4	4
		11.20~13.69초	3	
		13.70~16.69초	2	
		>16.70초	1	
		>60.00초	0	

평가기준: 12점 만점이 정상이며, 11점부터는 신체기능에 문제가 있는 것으로 볼 수 있음.

자료: Jack M. Guralnik 외. A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association With Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission. Journal of Gerontology. 1994; 49(2).

3

팀 사례회의

가. 팀 사례회의의 필요성

- 사례회의에서는 포괄평가 내용을 토대로 문제목록을 도출하고, 중재방안을 마련하며, 한의사, 간호사, 사회복지사의 방문주기와 역할 등에 대해 논의하여 케어플랜을 수립함.
- 서비스 제공과정 중에 대상자의 질병상태 및 변화된 환경 등을 팀원과 공유하며, 필요 시 적절하게 케어플랜을 재조정할 수 있음.
- 대상자에게 필요하고 활용 가능한 지역사회 자원을 공유하며, 관련 담당자들과도 통합 사례회의를 개최함으로써 대상자에게 적합한 서비스를 적시에 제공할 수 있음.
 - 장기요양 재택의료센터 시범사업에서는 지자체 담당자(사례관리) 및 지역 내 복지관, 장기요양 재가기관, 보건소, 주민센터 등 돌봄기관과의 사례회의를 최소 월1회 이상 실시할 것을 권장함.

나. 사례회의 항목

1) 케어플랜 수립을 위한 팀 사례회의

- 대상자 포괄평가에 근거한 문제목록 검토
 - 질병 및 건강관리 상황, 부적절 약물 등
 - 기능상태 및 호전가능성
 - 의료·간호처치
 - 사회·환경적 문제
- 문제목록 우선순위 선정: 집중관리 vs 정기관리 대상 여부
- 해결방안 모색: 자체 vs 지역연계
- 케어플랜 수립
 - 진료 및 간호: 환자 상태에 따라 한의사 방문진료 횟수, 간호사의 간호서비스 범위

및 주기, 횟수 등 결정, 약물 관리 등

- 교육·상담: 외상 상태, 만성질환 등으로 인한 문제 이해 및 질병 관리·건강관리 등 자기 관리 능력 향상을 위해 환자(보호자)에게 정기적 교육·상담 제공
- 서비스 연계: 주거·영양·돌봄 등 기타 지역사회 및 장기요양 서비스 연계
- 중재방안에 대한 인력별(한의사, 간호사, 사회복지사) 역할 분담
- 문제목록 및 중재방안에 대한 대상자 및 가족과 의견교환

2) 통합돌봄 수행을 위한 지역사회 통합 사례회의

- 문제목록 중 지역사회 내 인적·물적 자원 연계 항목 정리
- 각 자원별 역할 분담 설정

다. 회의 내용 예시

[표 3-8] 문제목록 및 관리내용 설정(예시)

포괄평가 결과	문제목록 및 관리내용
가장 불편한 문제점	➤ ① 질병관리: 특정질환의 불안정성 ② 노인증후군 관리: 낙상, 섬망, 요실금, 식사 및 영양불균형 등 ③ 기능회복: 보행, 이동, 인지기능 등의 악화 ④ 돌봄 여력과 환경: 보호자, 요양인력, 요양서비스 종류, 주거환경 등
질병관리 부적절	➤ ① 부적절 관리 질환: 고혈압, 관절증, 위장관질환, 마비와 구축, 당뇨병, 통증, 골다공증, 이상지질혈증, 시력 또는 청력 문제, 호흡기질환, 심부전, 신부전 등 ② 투약 순응도 부족 ③ 다약제 및 부적절 약제 복용

노인증후군	➤ ① 급성 발생여부 ② 발생한 노인증후군의 종류 ③ 복용약제 및 영양불량 연관 가능성
신체기능 문제	➤ ① 노쇠 및 근감소 정도 ② 영양부족 및 불균형 ③ 복지용구 제공 필요성 ④ 주거환경 변화 필요성
정신기능 문제	➤ ① 인지기능 저하(치매) 정도 ② 우울 정도 ③ 문제행동 정도 및 악화 ④ 약제 순응도 및 부적절 약물 ⑤ 사회적 고립 정도
의료 및 간호처치	➤ ① 질병상태 추가평가 여부: 추가검사 필요성 ② 불안정 상태의 상처, 통증 등 ③ 정기적 처치 필요성: 처치(욕창, 피부문제, 경관 및 도뇨관, 주사, 투석 등) ④ 방문간호서비스 연계 필요성
신체 및 정신 자립	➤ ① 독립적, 일부도움, 많은도움, 완전도움 중 회복 가능성 ② 장기요양 및 지역사회서비스 연계 필요성
사회·환경 평가/ 서비스이용현황	➤ ① 대상자의 질병 및 건강상태에 영향을 미칠 수 있는 사회·환경 요인 평가 ② 관련 서비스의 이용 여부 및 이용 희망 정도 평가

4

케어플랜

가. 케어플랜의 정의¹⁸⁾

- 대상자 사정을 통해 확인된 내용에 기반하여 달성하고자 하는 변화 목표를 분명히 하고, 이러한 변화 목표를 달성하기 위한 전략 및 방법으로서 서비스를 구성 해가는 논리적인 과정
- 대상자의 문제 해결을 위하여 어떠한 방법으로 서비스를 제공하면 문제가 해결될 것인가에 대한 논리적, 실천적 근거가 확보된 개별화된 서비스 제공 계획을 의미함.

나. 케어플랜 과정



[그림 3-5] 케어플랜의 과정

자료: 장숙량. 포괄적 평가와 케어플랜. 다학제 케어코디네이터 강의자료. 2024.

1) 포괄평가에 대한 검토

- 케어플랜의 정당성을 확보하기 위해 중요한 과정으로 전문적이고 포괄적인 사정이 이루어져야 함.
- 대상자의 필요를 사정하는 전 과정에서 대상자의 적극적인 참여를 기반으로 하며, 협력적이고 상호의존적인 관계 하에서 이루어져야 함.
- 포괄평가 과정을 객관화하고 종합적으로 분석 및 정리하는 데 있어 담당인력의 전문적인 시각이 요구됨.

18) '4절. 케어플랜'은 「장숙량. 포괄적 평가와 케어플랜. 다학제 케어코디네이터 강의자료. 2024」에서 발췌함.

2) 우선순위 결정

- 우선순위를 설정하는 것은 대상자의 문제목록 중에서 서비스를 통해 변화를 도모하고자 하는 문제목록을 선정하기 위한 것임.
- 우선순위 설정의 기준은 긴급도와 대상자의 요구도 및 기간 내 달성 가능성, 상황 개선의 가치 등이 있음.
- 지나치게 많은 문제목록을 선정하여 목표를 수립하기보다는 서비스 기간에 따라 2-3개의 문제목록을 선정하여 목표 수립의 단계로 진행할 필요가 있음.

3) 변화 목표의 수립

- 목표는 장기목표, 단기목표, 실천계획 수립으로 구성할 수 있음.
 - 장기목표 설정 시에는 서비스 제공이 종료되는 시점까지 이루어질 수 있는 변화에 대해 현실적으로 달성 가능한 목표 상태나 수준을 설정할 필요가 있음.
 - 단기목표는 장기목표를 세분화한 것으로 단기목표 달성 시 단계적으로 장기목표 또한 달성할 수 있도록 연계적이어야 하며, 그 내용이 구체적이고 실천적이어야 함.
 - 실천계획의 수립은 실행계획, 담당자, 기간, 빈도, 직접 서비스 제공과 자원연계, 점검(평가) 등이 포함될 수 있음.
- 실제 대상자가 기대하는 변화 목표를 달성하는 데는 수개월에서 수년의 시간이 걸릴 수 있으나 현실적인 수준에서 약 3개월을 기준으로 달성여부를 판정할 수 있도록 목표를 세분화하는 것이 필요함.

4) 계획 실행자 선정 및 시간계획 수립

- 실천계획 수립과 동시에 계획 실행자 선정과 시간계획이 동시에 이루어지기도 함.
- 목표 달성을 위한 시간계획은 중요한 과정으로 무엇이 실질적으로 달성되고 있으며, 그것을 위해 무엇이 필요한지 살펴보기 위한 기준점이 될 수 있음.
- 실행방법에 따른 시간계획을 설정하여 목표달성에 대한 평가를 실시할 수 있도록 함.

5) 대상자와 합의 및 계획 공유

- 대상자가 문제목록 선정과 서비스 과정에서 주도권을 가질 수 있도록 한다는 점이 중요함.

- 사례관리의 모든 과정은 대상자와의 합의(계약)를 통해 진행되는 과정이며, 이에 대해 대상자가 동의함을 문서화할 필요가 있음.
 - 장기요양 재택의료센터 시범사업은 사업 신청 단계부터 합의가 이루어진 것으로 볼 수도 있으나 서비스 제공자(재택의료 팀)가 수립한케어플랜에 대한 대상자의 동의 과정 또한 필요하므로 케어플랜을 대상자에게 공유하고 동의를 구할 필요가 있음.
- 대상자와 서비스 제공자가 상호 합의한 계획을 나누어 가짐으로써 이후 계획 수행에 대한 책임과 의무를 나누어가지게 됨.
- 점검과정 또한 계획서를 바탕으로 이루어지며, 이에 기반하여 평가를 실시하게 됨.

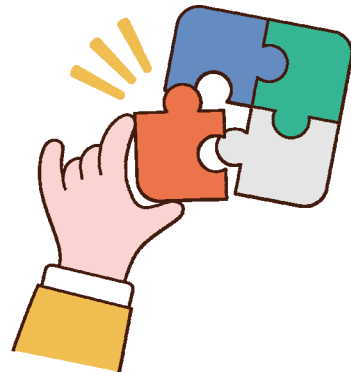
다. 예시¹⁹⁾

[표 3-9] 문제목록에 따른 케어플랜 수립(예시)

문제되는 평가항목	문제목록 설정	케어플랜
- 관절염, 뇌혈관질환 - 보행 능력 저하 - 관절가동범위 제한 - 통증	➤ 기동성 제한 관리	- 운동 교육: 유산소, 균형, 근력, 유연성 운동 등 - 식습관 점검: 적정 체중 교육, 체중 변화 모니터링) - 안전한 환경 조성 교육 - 가족 및 돌봄제공자에게 낙상 위험 교육 - 필요 시 보건소 자원 연계
- 뇌혈관 질환 - 영양 불균형(탈수 등) - 우울증상 - 다약제 복용 - 수면장애	➤ 인지기능 저하 관리	- 인지강화 훈련: 일기쓰기, 그림그리기, 손가락 운동, 체조 등 - 지속적인 지남력 제공 - 건강생활 교육: 영양, 운동, 금연, 금주, 수면 등 - 약물관리 및 교육 - 사회활동 계획 및 참여 독려
- 구강 불편함 - 씹기, 삼키기 능력 저하 - 우울증상	➤ 영양불균형 관리	- 매일 섭취해야 할 식품군 및 권장 섭취량 교육 - 식사일지 작성 독려

19) 「보건복지부. 방문건강 및 AI-IoT 어르신 사업 통합모형 서비스 개발연구-통합서비스 모형 업무 프로토콜. 2024.02.」에서 발췌하여 재구성함.

- 인지기능저하 - 식사 준비의 어려움 - 경제적 어려움			- 가족 또는 친구와 함께 식사하도록 권장 - 운동 교육: 유산소, 근력운동 - 규칙적 식사 및 적정 수분 섭취 교육 - 필요시 구강관리 연계 및 도시락 제공 등 지역사회 자원 연계
- 인지장애 - 갑상선기능저하, 빈혈, 기동성 장애 등 질환 - 다약제 복용 - 시각, 청각 등 감각장애	➤	우울증상 관리	➤ - 정서적 지지 및 지지체계 확보 - 규칙적인 하루일과 유지 독려 - 가족 및 돌봄제공자 교육 - 소통 증진을 위한 디지털 기기 활용 교육 - 사회활동 참여 동기 강화
- 하지마비 등의 질병 또는 출산 및 폐경으로 인한 골반저근 약화 - 과체중 - 약물 부작용 - 요로감염 - 전립성 비대증	➤	요실금 관리	➤ - 요실금 관리법 교육: 생활습관, 개인위생, 감염 등 - 복잡성 요실금의 경우 골반저근운동 교육 - 절박성 요실금의 경우 방광훈련 시행, 배뇨일지 작성 - 필요 시 병원 연계



5

모니터링

가. 모니터링의 개념²⁰⁾

- 모니터링은 케어플랜의 계획기간 중 서비스의 실시 상황을 파악하고 평가하는 것으로 단순히 케어플랜의 효과를 측정하고 만족도를 확인하는 것이 아니라 향후의 안정과 자립을 목표로 케어플랜을 개선시키기 위한 과정임.
- 모니터링은 서비스 제공 결과에 대한 성과(효과, 달성도 등)를 확인하는 ‘평가’와 유사하지만 서비스 제공이 목표 달성을 위해 적절히 진행되고 있는지 점검하는 과정으로 서비스의 양과 질의 과부족이나 달성 곤란한 과제의 등장 여부 등을 점검한다는 점에서 차이가 있음.
 - 모니터링: 현상을 관찰하여 파악하는 것
 - 평가: 사물이나 인물 등의 의의와 가치를 판단하여 결정하는 것
- 기존 사회서비스에서의 모니터링이 서비스 제공 상태를 감독·감시하는 기능이었다면 사례관리에서의 모니터링은 보다 적극적으로 일련의 목표달성을 계속적으로 지원하고 대상자의 필요 변화와 서비스 계획을 대응시키기 위해 이루어진다는 점에서 차이가 있음.²¹⁾

나. 모니터링의 목적

- 케어플랜에 따라 서비스가 제공되고 있는지 점검
- 제공된 서비스 내용의 적절성 검토
- 대상자의 필요에 대한 목표가 달성되고 있는지 점검
- 케어플랜의 목적에 맞는 효과가 나타나고 있는지 확인
- 케어플랜의 내용 수정 필요성 점검

20) ‘5절. 모니터링’은 「김정은. 케어매니지먼트—모니터링과 평가. 송실사이버대학교 강의자료. 2021」에서 발췌함. <<http://www.kocw.net/home/search/kemView.do?kemId=1383054>>

21) 박정란, 황세인. 사례관리(제4판). 양서원. 2024.

다. 모니터링의 의의

- 케어플랜의 적절성과 실행에 대해 관찰하고 점검하여 서비스 제공의 효과를 확인할 수 있으며, 대상자를 둘러싼 환경의 변화와 케어플랜의 관계를 확인함으로써 케어플랜을 수정할 수 있음.
- 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침상 모니터링 주기는 연 1회로 제시되어있으나 이는 케어플랜의 재수립을 위한 장기 모니터링을 의미하며, 매 방문 시 방문점검을 통해 단기목표의 달성 및 대상자의 상태 변화 파악에 대한 모니터링을 수행하는 것은 단기 모니터링이라 할 수 있음.

라. 모니터링의 기록

1) 모니터링 기록의 역할

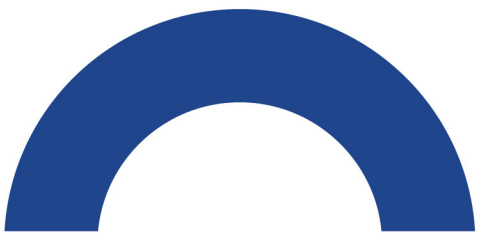
- 장기요양 재택의료센터 시범사업의 단기 모니터링에 대한 기록은 방문점검 기록지(한의사, 간호사, 사회복지사)를 통해 이루어지며, 장기 모니터링에 대한 기록은 연 1회 실시되는 포괄평가 및 케어플랜 기록지를 통해 수행됨.
- 대상자와 가족의 의견과 만족도를 반영할 수 있으며, 목표달성의 정도나 자원 연계에 대한 조정 등을 포함할 수 있음.
- 케어플랜의 효과를 측정 시 근거가 될 수 있으며, 서비스의 종류나 빈도 및 내용 수정을 위해 활용될 수 있음.
- 또한 재택의료센터 자원의 활용 등 센터 운영의 적정성에 대한 지표가 될 수 있음.

2) 모니터링 기록의 항목

- 모니터링에 대한 공식적인 기록은 방문점검 기록지(서식 참고)와 포괄평가 및 케어플랜 기록지(서식 참고)를 통해 이루어지며, 그 외 기록하고 점검하는 항목은 각 대상자와 재택의료센터 운영 상황에 맞추어 추가하거나 바꾸어 활용할 수 있음.
- 일반적으로 모니터링을 위한 기록에는 다음의 항목이 포함됨.
 - 서비스 실시내용
 - 단기목표의 달성 상황
 - 대상자의 상황과 심신의 변화
 - 대상자 및 가족의 만족도
 - 서비스 제공(주기, 정도 등)에 대한 점검
 - 지역사회 자원연계에 대한 점검
 - 포괄평가 및 케어플랜 재수립



제4장



다직종 협력과 지역사회 자원 연계 방법

1

다직종 협력(직종 간 협력)의 필요성과 개념

가. 다직종 협력(직종 간 협력)의 필요성

1) 복합적 돌봄 요구와 전문 직역 간 협력의 필요성

□ 건강 결정요인과 복합적 상호작용 : 동서양 관점의 조명²²⁾²³⁾²⁴⁾

- 건강은 다양한 요인에 의해서 결정됨.
 - 개인의 건강에 영향을 미치는 요인에 대한 이론은 생물학적 요인설, 행태적 요인설, 환경적 요인설, 그리고 사회적 요인설으로 구분할 수 있음.
 - 또한 이러한 요인들이 복잡하고 다양하게 상호작용하여 건강을 결정한다는 다요인설도 존재함.
- 한의학의 정의에 관한 연구에서 한의학은 '환경과 사회 속에서의 인간의 삶과 심신의 구조와 기능 및 상관·복합적 이해를 바탕으로 건강을 유지하고 질병이나 손상의 상태와 원인, 경과, 예후를 진단, 치료, 예방하기 위한 이론과 방법 및 그 적용 기술에 관한 학문'이라고 정의한 바가 있음.
 - 이는 건강 결정요인이 복합적이고 다단하다는 개념을 잘 반영하고 있으며, 한의 재택의료센터에서 직종 간 협력을 이끌어 내기 위한 기초적 관점으로서 적절하다고 사료됨.
- 생물학적 요인은 유전적 특성을 포함한 개인의 생물학적, 생리적, 인구학적 특성을 의미함.
 - 비슷한 종류와 양의 음식을 먹고 같은 운동을 하는데도 어떤 사람은 비만해지고 어떤 사람은 그렇지 않다거나, 감기 바이러스에 똑같이 노출되었는데도 다른 증상이 나타나거나 증상이 없는 사람도 있다거나, 같은 양의 술을 마셔도 간질환의 여부가 달라진다고 하는 것은 모두 생물학적 요인으로 설명하는 것이 더 설득력 있음.
 - 한의학에서는 체질론, 장부론, 정(精)·기(氣)·신(神)·혈(血)·진액(津液), 병인론에서는 사기(邪氣)의 종류 중 내사(內邪)가 생물학적 요인으로 연결될 수 있음.

22) 조성일. 건강형평성. J Korean Med Assoc. 2015.12.

23) 조정완. 한국인의 주관적 건강수준 결정요인과 건강불평등 분석. 국내박사학위논문 성균관대학교 일반대학원, 2022. 서울.

24) 지규용. 한의학의 정의에 관한 연구. 동의생리병리학회지. 2019;33(5):261-266.

- 행태적 요인은 흡연, 음주, 운동, 영양, 정서활동 등 건강과 관련된 행태를 의미함.
 - 이러한 생활 양식에 대한 행태는 건강과 질병에 직접적으로 영향을 미침. 한의학에서는 이것을 양생론이라고 함. 양생론은 생물학적 요인에서 언급한 ‘정(精)·기(氣)·신(神)’을 보전하는 방법과 의미에 대해 설명하며 건강한 삶의 양식을 통해 “치미병(治未病)²⁵⁾”의 예방 사상을 강조하는 이론임.
 - 이는 운동, 섭생, 수면, 정서활동과 생활 양식 전반을 아우르고 있음.
- 환경적 요인은 기후변화, 대기오염, 유해물질의 노출 등 환경보건학적 위험요인을 의미하며, 이는 인간을 둘러싼 물리적 자연환경과 건강의 관계를 나타냄.
 - 한의학에서는 병인론 중 육기(六氣)·육음(六淫)²⁶⁾·외사(外邪)²⁷⁾ 개념과 삼재론(三才論)의 천재(天才)·지재(地才)²⁸⁾의 개념과 밀접하게 연결되어 있음.
 - 이는 환경과 인간이 다양하게 상호 작용하여 생리적, 병리적 변화를 일으킨다는 의미임.
- 사회적 요인은 교육, 직업, 소득 등의 사회경제적 특성뿐만 아니라 사회 정책, 문화, 제도 등을 의미함.
 - 이는 개인의 출생, 성장, 노동환경이 건강 결정 요인으로 작용한다는 것을 의미하며, 이러한 조건은 지역, 국가, 권력, 자원의 분포에 따라 결정됨.
 - WHO에서는 “빈곤층의 낮은 건강수준, 국가 내에서 나타나는 건강의 사회적 격차, 국가 간의 현저한 건강 불평등은 국가적·국제적으로 존재하는 권력, 소득, 물자, 서비스의 불평등한 분포 때문에 생긴다.”라고 설명하고 있음.²⁹⁾
 - 한의학에서는 인간의 생활환경과 사회적 관계가 정신 감정 활동의 이상 또는 노작성(勞作性) 손상을 일으킨다고 보며, 자연-사회-인간, 심-신 등이 복합적 구조물로서 다양하게 상호관계하면서 구조와 기능상의 생리, 병리 변화를 일으킨다고 봄.
- Dahlgren&Whitehead는 건강에 영향을 미치는 요인의 종류와 상호관계에 대해 아래와 같이 정리한 바 있음.³⁰⁾

25) 치미병(治未病) : 병이 되기 전, 병이 아닐 때 다스린다는 뜻으로 예방을 중시하는 의미가 담긴 용어.

26) 풍(風), 한(寒), 서(暑), 습(濕), 조(燥), 화(火)가 조화롭고 정상적인 변화를 이루면 육기(六氣), 태과하거나 불균, 불응할 때는 육음(六淫)이라는 사기(邪氣)가 된다는 이론

27) 사기는 외사(外邪), 내사(內邪), 불내외사(不內外邪)로 구분할 수 있는데, 내사(內邪)는 질병이 외부 요인보다 인체 내부적 요인이 더 크게 작용하는 경우이며, 불내외사(不內外邪)는 급속성 물질에 손상당하거나 충수상(蟲獸傷), 타박상(打撲傷), 동상(凍傷), 화상(火傷), 약물중독 등을 의미함.

28) 천재(天才)는 지구의 대기권부터 태양계를 위주로 한 천체공간이 인간과 관계하는 범주이며, 주야(晝夜), 사계(四季)의 기후현상과 관련됨. 지재(地才)는 핵부터 지각에 이르기까지 지질과 지세 및 해류 등의 지구조건이 인간과 관계하는 범주이며, 지표조건에 따른 물과 음식과 같은 식생활, 지세, 토양, 주거환경 등과 관련됨.

29) WHO. Closing the gap in a generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. 2008.

[표 4-1] Dahlgren&Whitehead의 건강에 영향을 미치는 요인의 종류와 상호관계

일반적인 사회경제, 문화, 환경 조건							
농업 식량생산	교육	작업환경	생활조건 노동조건	실업	식수 위생	보건의료 서비스	주거
사회 및 지역사회 네트워크							
개인 생활양식							
연령, 성, 유전							

- 위에서 살펴본 것처럼, 개인의 건강은 생물학적, 행태적, 환경적, 사회적 요인들이 복잡하고 다양하게 상호작용하여 결정됨.
- 한의학 역시 이러한 복합적 건강 결정 요인을 강조하며, 인간의 삶과 환경, 사회의 상관성을 중요하게 여김.
- 이러한 관점에서 볼 때, 돌봄 영역에서는 개인의 복합적인 건강 요구를 충족시키기 위해 전문 직역 간의 협력이 필수적임.
- 다양한 전문 분야의 지식과 기술이 유기적으로 결합될 때 효과적인 돌봄 서비스를 제공할 수 있으며, 이는 결국 개인의 건강 증진과 삶의 질 향상으로 이어질 수 있음.

□ 복합적 돌봄 요구에 따른 지역사회 통합돌봄의 추진과 법적 기반 마련

- 지역사회 돌봄을 실현하기 위해 지역사회 통합돌봄 선도사업, 노인 의료·돌봄 통합 지원 시범사업, 장기요양 재택의료센터 시범사업이 추진됨.
- 한국은 돌봄이 필요한 분들이 살던 곳에서 주거·의료·요양·돌봄 서비스를 받을 수 있도록 2018년, 국가와 지자체 차원의 지역사회 통합돌봄 선도사업을 도입하였음.³¹⁾
- 2019년 9개 지자체에서 시작되었던 지역사회 통합돌봄 선도사업은 2022년까지 16개 지자체로 확대되어 실시됨.
- 2022년에는 장기요양 재택의료센터 시범사업이 추진되고, 2024년과 2025년에 확대된 형태로 2차, 3차(예정) 시범사업이 시행되는데³²⁾([부록 1]참고), 이는 주로 지역 의원

30) Dahlgren, G. & Whitehead, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies. 1991.

31) [대한민국 정책브리핑]. 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어). (2021.11.17. / 보건복지부·행정안전부·국토교통부)

32) [보도자료]. 거동불편 노인 찾아가는 의료서비스, '장기요양 재택의료센터' 확대. (2023.11.14. / 보건복지부·국민건강보험공단)

급 의료기관들이 참여하며 의료진((한)의사, 간호사)과 사회복지사가 팀으로 연계된 형태를 갖추고 가정에 방문하는 특징이 있음.

- 현재 정부에서는 이 사업에 이어 12개 지자체에서 노인 의료돌봄 통합지원 시범사업을 실시하고 있으며 지자체와 건강보험공단의 다양한 돌봄 서비스를 통합 연계 제공하는 체계를 마련하기 위해 노력하고 있음³³⁾.

○ 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률이 제정됨.

- 정부에서는 일상생활에 어려움을 겪는 노인, 장애인 등이 자신이 살던 곳에서 건강하고 자립적인 생활을 유지할 수 있도록 보건의료, 요양 등 돌봄 지원을 통합적으로 제공하기 위한 제도적 기반을 위해 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률을 제정하였으며, 2026년 3월 27일 시행을 앞두고 있음³⁴⁾.

나. 다직종 협력(직종 간 협력)의 개념과 한의약 돌봄

1) 다직종 협력(직종 간 협력)(Interprofessional collaboration, IPC)

□ 다직종 협력(직종 간 협력)의 정의

- 돌봄에서의 직종 간 협력(IPC)이란, 보건의료, 복지, 지자체의 다양한 돌봄 관련 전문 분야의 사람들 뿐 아니라, 돌봄 당사자, 보호자와 가족, 그리고 지역사회 활동가들이 함께 협력하여 돌봄 대상자 중심의 통합적이고 맞춤형 서비스를 제공하는 것을 의미함.
- 직종 간 협력의 목적은 돌봄 대상자와 소통하면서 신체적, 정서적, 사회적 필요를 총체적으로 이해하고, 각자의 전문성을 결합하여 더 나은 돌봄 환경을 조성하는 것에 있음.
- 팀 협력이 원활하게 이루어지고 보다 나은 의사 결정을 위해서는, 다직종 내 팀원 간의 존중과 신뢰를 바탕으로 소통하며 다른 직역의 역할과 책임을 이해해야 함.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative(이하 CIHC)에 의하면 직종 간 협력이란 학습자, 실무자, 환자/가족, 지역사회와 효과적인 협력 관계를 개발하고 유지하여 최적의 건강 결과를 이끌어 내는 과정이라고 정의하였음³⁵⁾.
- CIHC에 따르면 직종 간 협력의 주요 요소로 존중(respect), 신뢰(trust), 공동 의

33) 보건복지부. 2023년 노인의료·돌봄 통합지원 시범사업 안내.

34) 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률. [시행 2026. 3. 27.] [법률 제20415호, 2024. 3. 26., 제정]

35) Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. 2010.

사결정(shared decision making), 파트너십(partnerships)이 있음.

- 또한 직종 간 팀 협력이 원활하게 이루어지려면, 역할 명확화, 팀으로서의 기능, 협력적 리더십, 환자/가족/지역사회 중심의 돌봄서비스가 통합적으로 작동해야 하며, 이는 직종 간 의사소통이 전제되어야 한다고 보았음.
- 효과적인 직종 간 의사소통은 서로 다른 견해와 갈등을 조율하고 합리적 타협점에 도달하는 능력에 달려 있음.³⁶⁾

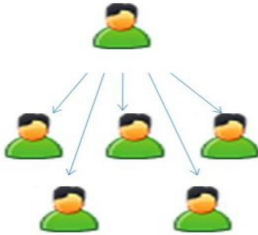
□ ‘직종 간 협력(Interprofessional collaboration)’과 ‘다직종 협력(Multiprofessional collaboration)’의 차이

- 한국에서는 Interprofessional collaboration을 다직종 협력으로 번역하는 경향이 있으나, 엄밀하게는 Interprofessional collaboration은 ‘직종 간’ 협력을 의미하는 것으로, ‘다직종’ 협력을 의미하는 ‘mutiprofessional collaboration’과는 다른 의미임.
- 다직종(mutiprofessional) 협력은 대개 2개 이상의 직종들이 단순히 각자의 학문 영역에서 개별적으로만 전문성을 발휘하며 수직적으로 협력하는 물리적인 접근법이라면, 직종 간(interprofessional) 협력은 2개 이상의 직종들이 서로의 지식과 각자의 학문에서의 전문용어를 수평적으로 공유하며 점차 화학적으로 협력해나가는 것이라고 할 수 있음.³⁷⁾
- 이에 대한 정의를 명확하게 하지 않으면, 자칫 재택의료센터에서 한의사는 한의사의 일만 하며, 간호사는 간호사의 일만 하고, 사회복지사는 사회복지사의 일만 하는 mutiprofessional하고 물리적인 수준에서의 협력만 이루어질 것임.
- 이는 실제로 재택의료센터에서 근무하는 한의사가 자주 경험하게 되는 오류이기에 mutiprofessional collaboration과 비교하여 Interprofessional collaboration에 대한 정의를 좀 더 명확히 할 필요가 있음.

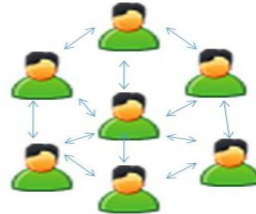
36) Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. 2010.

37) 노영희 외. 융합연구 방법론. 도서출판 청람. 2023.

Multiprofessional



Interprofessional



[그림 4-1] Multiprofessional과 Interprofessional의 차이

2) 한의약 돌봄과 다직종 협력(직종 간 협력-IPC)의 필요성

□ 돌봄 현장에 있어서 한의약의 특성

- 대상자 중심의 개인별 특성을 고려한 전인적 돌봄은 한의약의 핵심 가치임.
 - 한의학은 “환경과 사회 속에서의 인간의 삶과 심신의 구조와 기능 및 상관·복합적 이해를 바탕으로 건강을 유지하고 질병이나 손상의 상태와 원인, 경과, 예후를 진단, 치료, 예방하기 위한 이론과 방법 및 그 적용기술에 관한 학문”으로 정의하였음.³⁸⁾
 - 이는 인간을 둘러싼 물리적 자연환경, 사회적 생활환경, 삶의 양식, 정신과 몸의 상관관계, 몸에서의 구조와 기능 관계, 그리고 이러한 것들이 복합적으로 상호 관계하는 가운데 건강, 복지적 문제가 발생한다는 돌봄에서의 관점과 그 의미가 통함.
- 돌봄이 필요한 사람은 환경과 몸과 마음에서의 불건강을 해소하고자 하는 복합적 욕구가 있으며 이에 접근하기 위해서는 반드시 신체, 정신, 환경을 통합된 전체로 보는 전체론적, 전인적 관점이 필요함.
 - 하지만 그 욕구는 개개인이 처한 상황과 개인별 특성에 따라 다를 수밖에 없으며 이는 동시에 개인별 특수성을 고려해야 함.
 - 한의약은 증(證)을 진단하고 체질을 감별하기 위해 체계적이고 상세한 망문문절(望聞問切)의 진단과정을 거쳐 개인의 전신 증상과 체형, 용모, 성질, 구체적인 병증을 비롯하여 맥과 혀의 상태, 식습관과 생활 습관, 가정과 사회생활 등을 파악하는 본질적인 특성이 있음.

38) 지규용. 한의학의 정의에 관한 연구. 동의생리병리학회지. 2019;33(5):261~266.

□ 한의약 돌봄과 다직종 협력(직종 간 협력-IPC)의 필요성

- 돌봄 현장에서 한의약이 추구하는 전인적이고 전체론적인 가치, 그리고 개인의 특수성을 동시에 고려하는 것은 오직 직종 간 협력을 통해서만 구현될 수 있음.
 - 지역사회 돌봄 현장에서는 한의사 뿐 아니라 각 돌봄 분야에 필요한 전문가들이 있는데, 직종 간 협력에 대한 인식을 개선하고 이들 간의 협력 체계를 구축함으로써, 한의약이 지향하는 돌봄 가치를 함께 실현할 수 있음.
- 직종 간 협력(IPC)의 중요성은 WHO(2010)³⁹⁾에서도 강조하고 있음
 - 해당 보고서에 따르면 WHO는 전 세계적으로 많은 보건 시스템이 파편화되어 있고, 해결되지 않은 건강 요구사항을 다루는데 어려움을 겪고 있음을 인식하며, 이를 해결하기 위한 직종 간 협력과 통합된 보건 교육의 필요성을 강조하고, 각 나라와 지역의 필요에 맞는 정책과 전략 도입을 권고하고 있음.
- 직종 간 교육(IPE)과 직종 간 협력(IPC)은 환자의 치료와 건강 결과에 실질적인 영향을 미침
 - Lutfiyya MN 등의 체계적 문헌고찰, 메타분석 연구(2019)⁴⁰⁾에 의하면, 직종 간 교육(IPE)과 직종 간 협력(IPC)은 만성질환, 전문 진료, 치료 비용, 환자의 순응과 건강 실천, 치과 진료, 낙상, 의료 서비스 이용, 환자만족도 등 다양한 영역에 영향을 미친다는 연구들이 있었다고 보고하였음.
- 한의약 돌봄이 중심이 된 다학제 협력 모델은 통합의학적 관점에서 보다 고도화된 다학제 모델이 될 수 있음.
 - 한의사는 기본 의학교육 과정을 이수한 후 졸업하며, 졸업 이후에도 지속적인 보수 교육을 통해 서양의학과 한의학을 병행하여 학습하고 있음.
 - 한의학의 기본 사상은 인체와 자연의 조화 및 전일적 관점에 기반하며, 예방의학과 임상의학이 상호보완적으로 발전해왔음.⁴¹⁾
 - 이러한 원리는 만성질환 예방, 관리, 치료, 재활 그리고 통합적 돌봄이 핵심 과제로 대두되는 지역사회 돌봄에서 중요한 역할을 수행할 수 있음.
 - 또한 서양의학과 한의학의 장점을 결합한 통합적 모델이 가능해져 환자 맞춤형 의료와 건강관리의 새로운 패러다임을 제시할 수 있을 것으로 사료됨.

39) World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. 2010.

40) Lutfiyya MN, Chang LF, McGrath C, Dana C, Lipsky MS (2019) The state of the science of interprofessional collaborative practice: A scoping review of the patient health-related outcomes based literature published between 2010 and 2018. PLoS ONE 14(6): e0218578. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218578>

41) 이상운, 이선동. 한의 예방의학의 특징에 관한 문헌적 고찰. 대한예방한의학회지. 1997.

- 그러나 현실적으로 한국에서는, 한의사가 의료이원화 시스템 하에서 일부 제도적 제약이 있어 향후에 환자의 이해와 편익이 증대되는 방향으로 제도적 개선이 이루어질 필요가 있음.



2

재택의료센터 내 한의사, 간호사, 사회복지사의 역할과 협력

가. 한의사

1) 재택의료센터 지침 상 역할⁴²⁾

□ 재택의료 팀 리더, 인력 관리,케어플랜 수립 주관

- 의료 욕구 파악 및 팀 사례관리 주관
 - 포괄평가 및 사례관리를 위한 미팅은 주기적으로 수행해야 하며, 그 내용은
 - ① 하루 단위로 수행하는 금일 포괄평가 대상자에 대한 사전 공유
 - ② 일주일 단위로 수행하는 대상자별 특이사항 공유
 - ③ 월 단위로 수행하는 미팅
 - ④ 분기별 미팅
 - 모든 미팅을 다 할 필요는 없으며, 팀 내 대상자들의 상태와 요구도, 여건에 따라 융통성 있게 수행할 수 있도록 함.
 - 다만, 하루 단위(매일)의 미팅을 중심으로 필요한 내용들을 놓치지 않고 세심하게 대상자의 상황을 검토하며 나머지 긴 주기의 미팅들을 필요에 따라 적절히 활용할 것을 권장함.
- 진료 및 질환관리, 검사(한방 검사), 진료의뢰 등
- 간호지시 및 감독, 의사소견서 및 방문간호지시서 발급

2) 재택의료센터에서 한의사의 임상적 역할과 책임

□ 의료적 관점에서의 건강요구와 한의사의 소임

- 건강상태, 병력 : 돌봄 대상자의 건강상태 및 병력 파악과 치료·관리 계획
- 복약 : 현재 복용약에 대한 이해와 소견, 관리 계획

42) 보건복지부, 국민건강보험공단. 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침. 2024.1.

- 장애 : 장애 여부와 그에 대한 한의사로서의 소견과 관리 계획, 장애 진단 연계
- 인지기능·치매, 노인장기요양 : 치매와 노인장기요양등급에 대한 한의사로서의 소견과 건강 관리 계획
- 생활습관, 식습관 : 생활습관과 식습관 파악과 코칭. 영양관리가 필요한 경우 간호사와 논의할 수 있음
- 정서·심리·지지 : 우울감, 불안감, 가족 지지 등 정서적 돌봄의 필요성 파악과 치료·관리 계획

* 의료적 관점에서의 건강욕구를 파악하고 해법을 찾는 것은 한의사의 가장 중요한 소임이며, 동시에 방문간호사의 역할을 고려해야 하는 책임이 있음.

□ 한의사가 이해해야 할 방문 간호사의 역할과 협력

- 대상자 돌봄, 관리 과정에 대한 이해와 확인 : 대상자의 관리와 치료가 필요한 질환을 어떻게 치료, 관리할 것인지에 대한 계획을 간호사와 공유하고 확인함.
- 방문 간호 처치 필요성 : 활력 증후, 혈당 등의 검사 및 관리, 관을 가지고 계신 분들(비위관, 기관절개관, 도뇨관, 장루 등)이 가정에서 교환·소독 등의 관리가 필요한지, 또는 새롭게 관을 통한 관리가 필요한지, 욕창 관리, 인슐린 처치, 투약 관리 등이 필요한지 확인하여 간호사와 논의
- 방문 재활 필요성 : 근육 강직 예방, 근력 유지 및 상태 악화를 막기 위해 재활운동이 필요한지 논의
- 인지 기능 관리 : 인지기능 평가가 필요하고 치매 이환을 예방, 혹은 치매 관리가 필요한지 논의

* 방문간호사의 역할은 일상생활돌봄을 넘어서는 의료적인 도움이 필요한 경우에 있으며, 그 역할은 크게 방문간호와 방문재활로 나눌 수 있음.

□ 한의사가 이해해야 할 복지적 관점에서의 건강 욕구⁴³⁾⁴⁴⁾⁴⁵⁾

- 주거 환경 : 집안의 위생 상태, 낙상 위험 여부, 공기의 질, 온도와 습도, 벽 곰팡이 등 건강에 영향을 주는 요소들을 파악 후 대상자, 보호자, 팀원들과 문제해결 방안 논의
- 경제적 환경 : 경제적 부담 여부와 그 상태에 따른 지원 방안 논의

43) 김창오. 의사-간호사-사회복지사를 위한 재택의료지침서. 서울의학서적. 2023.

44) 분당서울대학교병원 재택의료 역량강화 자료집.(사회복지사과정). 2023.

45) 베스 프레이즈. 생활습관의학 핸드북. 대한생활습관의학교육원. 2022.

- 가족 지지 환경 : 가족의 정서적 지지, 가족 돌봄 역량을 파악하여 지원 방안을 논의할 때 참고
- 사회적 지지 환경 : 지역사회 공동체와의 교류가 있는지 확인하고 지원 방안 논의
- 이동지원 필요성 : 안정적 치료유지를 방해하는 교통문제 파악하여 지원 방안 논의
- 정신건강 지원 필요성 : 정신건강상의 문제가 있을 경우 지원 방안 논의
- 복지 욕구 필요성 : 장애가 있거나, 거동이 불편하여 실내 미끄럼 방지, 안전 손잡이, 보행기, 휠체어, 전동침대, 목욕 의자 등이 필요한지 논의
- 식사, 반찬 지원 필요성 : 식생활을 살펴보고 지역의 식사 및 반찬 지원 사업이 필요한지 검토 및 논의

* 복지적 관점에서의 건강 욕구를 파악하는 것은 사회복지사와 협력하기 위한 기초가 됨

나. 간호사

1) 재택의료센터 지침 상 역할⁴⁶⁾

☐ 간호계획 수립 및 수급자 심신상태 변화 확인, 간호처치

- 진료보조 및 (한)의사 지시에 따른 간호처치, 질병·증상 변화 보고 등
- 복약·영양 관리, 질환예방 및 생활습관 개선 등을 위한 교육·상담
- 방문간호기관 연계 및 사례회의 일정 관리

2) 재택의료센터에서 간호사의 역할과 책임

☐ 재택의료센터 방문간호 및 재활 관리⁴⁷⁾

- 기초건강 관리 : 활력증후, 혈당 검사, 생활환경 조정, 사회적 관계변화 등 파악
- 기본 간호 - 위생관리 : 구강, 특수구강, 눈·귀·코 간호
- 신체기능 관리 : 관절가동범위 확인과 운동, 보행 관리
- 질병 관리 : 호흡기 간호(기관절개관 관리), 통증 관리, 상처 관리

46) 보건복지부, 국민건강보험공단. 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침. 2024.1.

47) 「보건복지부, 국민건강보험공단. 노인장기요양 방문간호 급여제공 매뉴얼. 2014.11.」를 참고하여 재구성함.

- 욕창 관리 : 피부사정, 드레싱 처치, 대상자 및 보호자 교육
- 투약 관리 : 처방 변화에 따른 용법용량 교육, 부작용 관찰
- 정신심리상담 : 신뢰관계 형성하여 대상자와 보호자 상담, 인지기능평가 및 강화훈련
 - 간이정신상태검사(MMSE), 노인우울척도검사(GDS), 인지선별검사(CIST)
 - * 간이정신상태검사(MMSE)는 연간사용권(라이선스)를 구매해야 사용할 수 있으므로 참고
- 영양관리 : 영양상태 확인, 체액 관리 및 중심정맥영양, 연하기능 강화, 경관영양식이, 비위관 교환 및 관리
- 배설관리 : 도뇨관 삽입 및 관리, 배뇨훈련, 방광세척, 관장, 장루간호
 - * 방문간호사의 역할은 일상생활돌봄을 넘어서는 의료적인 도움이 필요한 경우에 있으며, 그 역할은 크게 방문 간호와 방문 재활로 나눌 수 있음



다. 사회복지사

1) 재택의료센터 지침 상 역할⁴⁸⁾

□ 주기적 상담, 지역사회 협력체계 구축 및 연계

- 재택의료 이용 희망자 초기 상담 및 방문일정 관리 등
- 주기적 상담을 통한 환경변화 확인 및 신규 돌봄 수요 발굴
- 지역 내 돌봄 기관과의 통합 사례회의 실시, 서비스 연계 및 결과 모니터링 등 이력 관리
- 월 1회 이상 정기 방문 또는 유선상담 진행

* 사회복지사는 지자체 담당자와 연락체계 구축 필요

2) 재택의료센터에서 사회복지사의 역할과 책임⁴⁹⁾⁵⁰⁾

□ 재택 돌봄 대상자의 복지 욕구와 사회복지사의 역할과 책임

- 활용 가능 자원 파악, 연계 : 지역사회 내 연계 가능한 서비스자원 목록을 확보하고 필요시 지역자원 연계
 - 필요시 한국사회보장정보원을 활용하여 복지 자원과 관련된 정보를 파악하여 효율적으로 복지 자원들을 활용할 수 있도록 함.
- 미충족 욕구 목록화 : 대상자의 사회적 위험요인 및 미충족 사회적 욕구를 평가 후 필요시 지역사회 자원 연계 및 정보제공
- 지역사회 협력체계 구축 : 재가장기요양기관, 방문간호센터 등 유관기관과 재택의료센터 홍보 및 업무협약 체결
- 주기적 상담, 사례회의 : 대상자와 주기적인 상담을 진행하며, 매월 2회 이상 팀 사례회의 수행
- 주거 환경 : 집안의 위생상태, 낙상 위험 여부, 공기의 질, 온도와 습도, 벽곰팡이 등의 문제 해결을 위한 자원 연계와 지원
 - 낙상위험 여부의 경우, 계단, 문턱, 실내 가구 배치, 미끄러움 정도 등을 확인

48) 보건복지부, 국민건강보험공단. 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침. 2024.1.

49) 분당서울대학교병원 재택의료 역량강화 자료집.(사회복지사과정). 2023.

50) 김창오. 의사-간호사-사회복지사를 위한 재택의료지침서. 서울의학서적. 2023.

- 경제적 환경 : 경제적 부담 여부와 그 상태에 따른 지원 연계
 - 진료비 본인부담금 지불, 재정적 위험 파악 후 지원방안 논의
 - 가족 지지 환경 : 대상자의 가계도, 가족의 정서적 지지, 가족 돌봄 역량을 파악하여 필요 지원 연계
 - 사회관계망 파악 : 복지관/주민센터/종교 등 지역사회 공동체와의 교류 여부를 확인하여 지원방안 논의
 - 사회적지지체계를 파악하면 효율적인 사회관계망 형성을 지원할 수 있음
 - 복지 용구 필요성 : 장애가 있거나, 거동이 불편하여 실내 미끄럼 방지, 안전 손잡이, 보행기, 휠체어, 전동침대, 목욕 의자 등 복지 용구 지원
 - 질환에 대한 인식 : 대상자 및 가족의 질환에 대한 내용 파악
 - 질환에 대한 이해, 파악 여부가 사회복지사의 상담에 중요한 영향을 미칠 수 있음
 - 식사, 반찬 지원 필요성 : 식생활을 살펴보고 필요시 지역의 식사 및 반찬 지원 사업 연계
- * 한의사도 돌봄 대상자의 복지 욕구를 인지하겠지만, 사회복지사는 주도적으로 대상자와 소통하여 복지 욕구를 파악하고 지역자원을 연계 활용하여 지원하여야 함.



[그림 4-2] 재택의료센터에서 한의사, 간호사, 사회복지사의 역할과 연계

3

지역사회 자원의 종류와 협력방법

가. 지역사회 자원들과 어떻게 협력해야 하는가?

1) 지역사회 자원 협력 기본 절차

□ 지역사회 자원 종류의 이해와 협력 필요성 판단

- 가능한 모든 지역사회 자원들을 이해하고 있는 것이 더 좋겠지만, 한의사, 간호사, 사회복지사는 각각 더 잘 이해하고 있는 영역들이 존재함.
 - 예를 들면, 타 의료기관과의 협력은 한의사나 간호사가 먼저 그 필요성을 판단하고 의뢰하도록 하는 경우가 많고, 지역 내 복지기관과의 협력은 사회복지사가 그 협력의 중심에 있을 여지가 높음.
- 지역사회 자원 연계는 다음의 과정으로 진행됨.
 - 타 자원들과 협력 필요성 판단 → 돌봄 대상자, 보호자, 재택의료센터 동료들과 내용 공유, 논의 → 협력 절차 진행
 - 따라서 지역사회 자원들과의 협력은 한 사람이 모든 것을 판단하고 수직적으로 협력을 지시하는 것이 아님.
 - 먼저 파악한 전문가가 상황과 필요성을 공유하고, 돌봄 대상자와 보호자에게 그 필요성과, 재택의료센터의 동료들과 수평적이고 간결한 논의라는 실용적인 절차를 거쳐 협력하여야 함.

□ 협력 기관과의 연락, 방문 계획과 사후 관리

- 협력 기관과 어떻게 협력을 진행해야 하는지는 먼저 해당 기관에 직접 문의를 해보 는 것이 필요함.
 - ※ 협력이 필요한 기관 종류와 협약 방법은 '제2장 재택의료센터 준비의 3. 외부기관과 업무 협약' 참고
- 협력 기관이 돌봄 대상자의 집에 직접 방문이 가능한 경우가 있고, 돌봄 대상자가 직접 해당 기관으로 방문해야 하는 경우가 있음.
 - 돌봄 대상자의 집에 직접 방문이 가능한 경우에는 일정 협의와 대상자에 대한 정보 등

기타 유관 사항을 논의

- 돌봄 대상자가 직접 기관에 방문해야 하는 경우에는 이동지원 서비스나 보호자의 협력, 일정 협의와 대상자에 대한 정보 등 기타 유관사항을 논의
- 사후 지속적인 협력이 필요한 경우에는 주기적으로 협력 기관과 연락하여 일정 협의, 대상자의 상태 변화 등의 필요한 정보들을 공유하고 참고함.

나. 타 의료기관(의사)과의 협력

1) 약물관리에 대한 협력

□ 중복 약물 및 복약 관리 미흡 시 대응

○ 돌봄 대상자의 복용 약물 및 건강기능식품 목록 파악 및 분석

* 고령자의 경우 중복 약물을 더욱 주의해야 하는데, 특히 후기고령자(75세 이상)가 신기능 저하나 간기능 문제가 있는 경우 더욱 심각하게 다루어져야 함.

- 특히 2곳 이상의 병원에서 처방받았을 경우 주의함
- 약물의 효능 및 성분 중복, 병용금지 의약품에 해당하는지 검토
- 약물 부작용으로 인한 연쇄 처방 가능성 검토
- 약물 교차복용의 부작용이 있고, 그로 인해 어지러움, 낙상위험과 같은 중대한 문제가 발생할 가능성이 있는지 검토
- 양약과 한약을 동시에 복용하고 있는 경우 병용금지나 주의사항에 해당하는지 검토
- 중국에서 가져온 중약(中藥), 중성약(中成藥)을 복용하고 있는 경우 현재 복용해야 할 약물과 중복복약 여부 검토
- 일반의약품, 건강기능식품이 현재 복용하고 있는 약물과 효능이 중복되거나 문제가 발생할 소지가 있는지 검토
- 한의 재택의료센터 차원에서 관리할 수 있는 부분과 단독 관리가 어려운 경우를 구분
 - 한약과 일반의약품, 건강기능식품의 경우에는 단독 조절이 가능
 - 주기적으로 의사에게 처방받는 약이나 전문의약품의 경우에는 타 의료기관과 협력해야 함
- 협력이 필요하거나 가능한 지역 내 의사에게 의뢰
 - 진료 의뢰서에 해당 내용을 작성하여 돌봄 대상자가 직접 병원에 들고 갈 수 있도록 안내함
 - 거동이 불편한 경우 가족, 보호자, 돌봄 종사자분들의 이동지원을 받거나 지자체 이동지원 서비스를 요청함
 - 방문 일정 조율 및 예약이 필요한 경우 예약 지원

- 약물 조정 후 모니터링
 - 조정된 약물 관련 질환들이 관리되고 있는지 지속적으로 모니터링

2) 특정 진단검사에 대한 협력

□ 특정 진단검사가 필요한 상황에서의 협력

- 특정 진단검사 필요성 판단
 - 돌봄 대상자의 지병이 진행되거나 새롭게 파악된 증후들로 인해 관련 진단검사가 필요하다고 판단되는 경우
- 지역 내 의뢰 가능한 의료기관 파악
 - 지역 내 의뢰 가능한 의료기관 목록 확인
 - 필요한 진단 검사를 수행할 수 있는 시설 여부 확인
- 의료기관에 의뢰 및 돌봄 대상자의 의료기관 방문 지원
 - 돌봄 대상자의 현재 의학적 상태와 기존 복용 약물, 필요한 검사 항목이 명시된 진료 의뢰서 작성
 - 돌봄 대상자가 거동이 불편한 경우 가족, 보호자, 돌봄 종사자의 이동지원 요청 혹은 지자체 이동지원 서비스 연계
 - 방문 일정 조율 및 예약이 필요한 경우 예약 지원
- 검진 결과 수신, 팀 내 돌봄 계획 조정
 - 결과를 바탕으로 돌봄 대상자, 가족, 보호자와 소통하며 팀 내 돌봄 계획 조정
 - 해당 검진 의료기관에서 후속 검진이 필요한 경우 이동 및 예약, 방문 일정 지원

3) 응급상황 대처

□ 응급상황 발생 시 대처 방안

- 응급상황 인지 및 평가
 - 돌봄 대상자의 상태가 급격히 악화되었거나 낙상 혹은 다른 응급 증상이 나타난 경우
 - 의식 저하, 호흡 곤란, 심한 출혈, 흉통 등 관련 응급 증상 확인하여 즉각적인 응급 상황임을 판단

- 응급 의료기관에 연락
 - 119에 즉시 신고하여 응급상황을 알리고 구급차 요청
- 즉각적인 응급 처치 시행
 - 가능한 범위 내에서 필요시 기도 확보, 심폐소생술(CPR), 투약 가능한 상비약 등 응급 처치 수행
 - 안전한 환경을 조성하고 대상자의 안위 확인
- 가족 및 보호자에게 연락
 - 가족 또는 보호자에게 상황을 신속히 알리고 이송 과정에서 협조가 필요한 경우 요청
- 응급 의료기관 이송 지원
 - 구급대원이 도착할 때까지 필요한 응급처치를 지속하고 대상자의 상태 변화를 관찰
 - 구급대원에게 실시했던 응급 처치 내용을 알리고, 대상자의 의료기록(병력, 현증, 복용약물 등)을 전달
- 사후 관리
 - 응급상황 후 응급 의료기관에서의 진료 결과 및 후속 조치 사항 확인
 - 퇴원 시기를 확인하고 팀 내 돌봄 계획 재조정
- 피드백
 - 응급상황 대응 과정에서의 개선점 및 보완사항 논의
 - 그간의 돌봄 과정에서의 개선점 및 보완사항 논의
 - 향후 유사 상황에 대비한 대응 매뉴얼 업데이트

4) 요양병원

□ 요양병원 입원이 필요한 경우

- 공백없이 의료적 관리가 필요한 경우에 고려
 - 전문적인 의료 및 재활서비스가 공백 없이 지속적으로 필요한데, 재가 돌봄 영역에서의 역량이 갖춰지지 않아 돌봄 대상자의 안위가 보장되지 못하는 경우, 돌봄 대상자와 보호자, 가족과 상의하여 입원을 결정하도록 함.
- 퇴원 후 돌봄 계획을 재정비할 수 있도록 함

다. 보건소 네트워크에서의 협력

1) 보건소 사업 연계

□ 보건소에서 진행하는 지역 사업과 연계⁵¹⁾

- 일부 예외적인 경우를 제외하고, 장기요양등급 인정자들은 대체로 보건소 관리 대상에서 멀어지게 됨. 하지만, 대상자와 보호자의 의지나 여건에 따라 보건소 프로그램과 사업을 활용하는 경우가 있으므로 내용을 수록하였음.
- 보건소마다 사업의 내용이 다소 상이할 수 있으니 내가 속한 지역의 사업들이 무엇이 어떻게 진행되고 있는지 파악하고 있는 것이 필요함.
- 아래 목록은 한국사회보장정보원 온라인 e보건소 홈페이지에서 제공하는 보건서비스* 안내 항목들임.
- * 보건서비스란 지역사회 주민의 질병예방 및 건강수준 향상을 위하여 지역보건법 및 기타 관련 법률에 따라 보건소, 보건의료원 등 보건기관에서 지역주민에게 제공하는 건강증진, 질병관리, 암관리, 구강보건, 정신보건, 가족건강, 한의약 등의 서비스를 말함.
- 장기요양 대상자가 받을 수 있는 서비스임을 고려하여 리스트 발췌하였으며 목록에는 재가 서비스와 직접 보건소를 방문해야 하는 서비스 등 유형의 차이가 있어 확인하여 참고 바람.



51) 한국사회보장정보원 보건소 보건서비스 소개 :

<https://www.e-health.go.kr/gh/heSrcv/selectHeSrcvInfo.do?menuId=200034>

[표 4-2] 장기요양보험 수급자가 받을 수 있는 보건소 서비스

항목	세부 내용
건강증진	- 음주폐해예방사업(전국민) - 일반건강검진사업(건강보험가입자, 의료급여수급권자) - 금연클리닉(흡연자, 청소년, 외국인 포함.) - 심뇌혈관질환 예방관리사업(지역주민 전체 또는 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증 환자 및 전단계 환자) - 가사·간병 방문지원사업(만 65세 미만의 기준중위소득 70% 이하 계층 중 가사·간병 서비스가 필요한 사람)
질병관리	- 희귀질환자 의료비 지원사업(산정특례에 등록된 건강보험가입자 중 환자가구 및 부양의무자가구 만족자)
암관리	- 국가 암검진 사업(건강보험가입자, 의료급여수급권자 중 암종별 검진 기준에 따라 시행) - 호스피스·완화의료 지원사업(「연명의료결정법」에 따른 호스피스 대상환자와 그 가족) * 중앙호스피스센터에서 제공하는 정보⁵²⁾에 의하면 지역마다 호스피스 서비스를 제공하는 병원 이 몇 군데 있음. 하지만 서비스 유형이 입원형, 가정형, 자문형, 소아청소년으로 나뉘어있고 서비스 제공되지 않는 유형이 있으므로 상황과 여건에 맞게 연계할 것. - 재가 암환자 관리 및 암생존자통합지지사업(재가암환자와 암생존자) - 지역암센터 지원사업(지역주민) - 암환자 의료비 지원사업(성인 암환자, 소아암 환자, 저소득층.)
구강보건	- 순회 구강건강관리(의료기관 접근성이 낮은 읍면지역, 장기요양시설, 장애인복지시설 등) - 장애인 치과 비급여진료비 지원(중앙·광역 장애인구강진료센터에서 치과 진료를 받는 장애인) - 성인·노인 불소도포 및 스케일링(치주질환 발생이 많은 성인·노인) - 구강보건 교육 및 홍보사업(지역주민) - 노인틀니·임플란트 지원사업(만65세 이상 의료급여 수급권자)
정신보건	- 중독관리통합지원센터(지역사회 내 알코올 및 기타 중독에 문제가 있는 자 및 가족, 주민) - 정신건강 위기상담전화(지역주민, 24시간, 1577-0199.) - 정신건강복지센터(중증 정신질환자, 정신건강 고위험자를 포함한 지역주민) - 마약류중독자 치료보호사업(마약류 중독자) - 정신질환 편견해소 및 인식개선 사업(지역주민) - 자살예방사업(중증정신질환자를 포함한 해당 지역주민 전체, 자살 고위험군, 자살 유족)
가족건강	- 치매치료관리비 지원(해당 지역 주민 중 치매안심센터에 치매환자로 등록된 자) - 치매안심센터 운영(지역주민 전체) * 치매안심센터의 경우 연계·협력해야 할 상황이 많을 것으로 예상되어, 아래 2) 항목에 별도로 언급함. - 치매조기검진(치매 또는 경도인지장애로 진단받지 않은 모든 주민을 대상으로 함)
한 의 약 건강증진	- 한의약 건강증진 프로그램(각 생애주기별 지역주민 및 건강위험요인 또는 건강관련 문제가 있는 지역주민 대상) * 보건소에 있는 '한의약 진료실'과 '방문건강관리사업'은 한의 재택의료센터와 역할이 중복되어 협력의 여지가 적다고 판단되어 본 보고서에서 제외하였음.

2) 치매안심센터 연계

□ 인지장애 진단을 위한 치매안심센터 연계

○ 돌봄 대상자에 대한 인지 평가

- 돌봄 대상자의 경도인지장애, 치매가 의심될 경우 우선 자체적으로 CIST 검사를 수행함.

* CIST 검사는 국가치매교육(edu.nid.or.kr)에서 온라인 교육을 수료한 자가 CIST 검사지 및 표준 자료를 신청하면 시행할 수 있음. CIST 자료는 임의로 배포할 수 없으므로 절차를 준수하도록 함.

- CIST 검사 결과가 규준에 따른 연령대, 교육년수 별 기준 점수 미만으로 나왔을 경우, 치매안심센터를 연계할 수 있도록 함.

* CIST 검사의 경우 치매안심센터 검사 절차 상 가장 처음에 수행하는 검사로, 치매안심센터에 연계되는 경우 한 번 더 검사를 하게 될 수 있음.

○ 치매안심센터 검사 예약

- 각 지역의 치매안심센터에 방문하거나 전화를 통해 예약할 수 있으며, 예약하는 과정에서 도움이 필요한 경우 지원할 수 있도록 함.

- 거동이 불편한데 이동지원이 어려운 상황과 같은 특정 대상자는 치매안심센터에 가 정방문 검사를 요청할 수 있음.

○ 치매 검사 수행

- 1단계 : 선별검사 CIST / 치매안심센터 또는 가정방문
- 2단계 : 진단검사(신경인지검사, 전문의 진료) / 치매안심센터 또는 협약병원
- 3단계 : 감별검사(뇌 영상검사, 혈액검사 등) / 협약병원

* 각 단계별로 예약 혹은 이동지원이 필요할 시 지원하도록 함

○ 검진 결과 수신, 팀 내 돌봄 계획 조정

- 결과를 바탕으로 돌봄 대상자, 가족, 보호자와 소통하며 팀 내 돌봄 계획 조정
- 치매 진단은 향후 노인장기요양등급 5급이나 인지지원등급 재심사로 이어질 수 있으므로 대비할 것.

○ 치매치료관리비 및 조호물품 지원 신청⁵³⁾

- 대상 : 치매를 진단받은 환자 중 보건소장이 치매 관리를 위하여 조호물품 제공이 필요하다고 인정하는 자를 시군구(보건소) 별로 소득기준 등 자체기준을 정하여 시행. 연령 기준은 만 60세 이상이므로 만 60세 이상, 65세 미만의 초로기 치매환자도 가능함.

* 재가 치매환자 및 소득기준에 따라 국민기초생활수급권자 및 차상위계층 우선 제공 권장

52) 국립암센터, 중앙호스피스센터가 제공하는 호스피스 병원 지도로 찾기 :

<https://hospice.go.kr:8444/?menu=16>

53) 각 지자체 치매안심센터 별로 치매치료관리비 및 조호물품 지원 신청 안내가 이루어져 있으니 참고.

- 치매치료관리비 : 치매약제비 본인부담금 및 약처방 당일의 진료비 보험급여분 중 본인부담금(월 3만원 상한)
- 위생소모품 제공 : 기저귀 및 요실금 팬티, 방수매트, 식사용 에이프런, 미끄럼방지 매트 및 양말, 욕창예방쿠션, 간이번기, 약달력 및 약보관함, 인지강화 및 인지재활용품, 물티슈
- * 등록기준 최대 1년까지 제공
- 조호기구 대여 : 지자체 실정에 맞게 구비하여 제공
- * 3개월 단위, 필요에 따라 연장 가능(최대 1년까지)
- 신청기간 및 방법 : 연중 상시 신청 가능. 지역 내 치매안심센터 방문하여 신청서 작성 및 구비서류 제출

라. 재가 노인장기요양 영역에서의 협력

1) 재가 돌봄에서의 협력(요양보호사, 보호자, 가족 등)

□ 요양보호사(재가장기노인요양센터), 보호자, 가족과의 협력

- 돌봄 대상자의 상태 모니터링 및 정보 공유
 - 요양보호사, 보호자, 가족은 돌봄 대상자의 일상적인 상태를 관찰할 수 있으므로 유의미한 내용들을 재택의료센터 팀에게 알림.
 - 재택의료센터는 요양보호사나 보호자에게 돌봄 대상자의 상태에 맞는 모니터링 정보를 사전에 요청하여 필요한 정보를 정확하게 받을 수 있도록 함.
- 치료 및 돌봄 계획의 지원
 - 한의 재택의료센터가 제시한 치료 및 돌봄 계획을 요양보호사가 일상 생활에서 지원함.
 - (예시) 욕창의 예방과 관리, 방문간호 업무 협력, 복약관리 지원, 영양관리 및 식이 지도 협력, 생활습관 개선 지원, 체조 및 스트레칭, 정서 안정을 위한 대화, 응급상황 대처 및 알림, 방문 일정 조율 및 관리 등을 상황에 맞게 지원함.
- 안전 손잡이, 복지용구 등 지원
 - 낙상, 미끄럼 위험을 방지하기 위한 안전바 설치 지원. 사고가 나기 전에 대응할 수 있도록 사전 평가를 진행하도록 함.
 - 보행 보조기, 휠체어, 전동침대, 목욕의자 등 복지용구가 필요한 경우, 요양보호사와 재가노인장기요양센터가 지원함.

○ 교육 및 상담 참여

- 한의 재택의료센터에서 실시하는 돌봄 관련 교육에 참여하여 돌봄의 질 향상
- 장기요양정보마당 재택의료센터 직역별 직무교육 참여

2) 노인장기요양등급 재심사 진행**□ 장기요양등급 갱신**

○ 장기요양등급의 주기적인 갱신

- 한의재택의료센터의 돌봄 대상자는 장기요양급여 수급자이므로, 요양인정의 유효기간이 만료되는 시기에 맞게 국민건강보험공단이 장기요양인정의 갱신 절차를 진행하기 때문에 만료 시기를 사전에 파악해두고 진행 여부를 사전에 인지해야 함.
- 국민건강보험공단에서 장기요양등급 갱신을 위한 대상자 평가를 진행하며, 의사 소견서 발급이 필요한 경우 한의재택의료센터에 요청할 수 있도록 건보공단 관계자와 사전에 협의하도록 함.

3) 주간보호센터**□ 방문요양과 주간보호센터 동시 이용**

○ 돌봄 대상자의 상황과 여건에 따라, 방문요양과 주간보호센터를 적절히 활용함.

- 장기요양 월 한도 금액 범위 내에서 방문요양과 주간보호센터를 일정을 조정하여 동시에 이용 가능

○ 주간보호센터 서비스 항목

- 신체활동 : 건강체조, 산책, 기타 운동 활동 프로그램
- 인지활동 : 웃음치료, 음악, 미술, 종이접기, 노래교실, 요리교실, 원예치료, 시장놀이, 끝말 이어가기 등(센터에 따라 내용 상이)
- 정서케어 : 요양전문가들의 말벗
- 식사지원 : 식사와 간식 제공(식사비는 센터에 따라 다를 수 있음)
- 건강관리 : 혈압, 혈당 체크
- 외출동행 : 센터 내에 계실 때 병원 외래가 필요한 경우 요양보호사 동행
- 치매인지재활 : 치매인지재활 프로그램 진행(요양보호사)

4) 요양원

□ 장기요양등급 변경과 요양원 입소

- 시설등급(장기요양등급 1~2급)으로 장기요양등급 변경 신청
 - 돌봄 대상자의 건강 상태 및 돌봄 조건이 이전보다 나빠져서 재가에서 관리하기 어려운 상황으로 판단되어 시설등급으로의 요양등급 변경이 필요할 수 있음.
 - 가족과 보호자와 충분히 상의하도록 함.
 - 한의사는 시설등급이 필요한 이유를 적은 의사소견서를 장기요양등급 변경신청서에 첨부하여 제출함.
- 장기요양등급 3, 4등급의 경우, 다음과 같은 사유*가 충족되면 시설급으로 변경신청 가능
 - 주수발자인 가족구성원으로부터 수발이 곤란한 경우
 - 주거환경이 열악하여 시설입소가 불가피한 경우
 - 심신상태 수준이 재가급여를 이용할 수 없는 경우

* 이 중 1개 이상에 해당하는 것으로 판단되고, 또 시설입소를 희망하는 자는 변경신청 가능
- 장기요양등급 5등급의 경우, 다음과 같은 사유*가 충족되면 시설급으로 변경신청 가능
 - 동일세대의 가족구성원으로부터 수발이 곤란한 경우
 - 주거환경이 열악하여 시설입소가 불가피한 경우

* 이 중 1개 이상에 해당하고, 의사소견서 치매 진단 관련 보완서류의 영역이 일정점수 이상인 것으로 판단되어 시설입소를 희망하는 자는 변경신청 가능

5) 방문간호센터

□ 방문간호 연계 및 관리

- 장기요양재택의료 시범사업 대상자의 방문간호 횟수가 초과되는 경우
 - 지역 내 방문간호 기관에 연계 및 관리

마. 장애인 활동지원기관과의 협력

1) 노인장기요양급여와 장애인활동지원서비스의 중복 수급

□ 중복 급여 제공이 어려운 경우⁵⁴⁾

- 2022년까지는 기존에 장애등급을 가진 수급자가 만 65세가 되었을 때 노인장기요양급여 대상자로 전환되면, 장애인활동지원서비스를 받을 수 없었음.
- 또한 노인성 질환으로 인해 65세 미만임에도 장기요양등급을 받은 장애인은 장애인 활동지원에 대한 급여 지원이 불가하였음.
 - 이 때 돌봄 시간이 크게 줄어드는 문제가 발생하여, 2023년부터 제도가 개선되어 중복으로 등급을 받을 수 있고, 마찬가지로 장기요양등급을 받은 만 65세 미만 장애인도 장애인활동지원 급여를 신청할 수 있게 되었음.
 - 다만, 장애인활동지원급여와 장기요양급여 간의 차이만큼을 활동지원급여로 지원받을 수 있으며, 그 차이가 활동지원 최저구간을 넘지 않을 경우에는 중복지원을 신청할 수 없음.

□ 중복 급여 제공이 가능한 경우⁵⁵⁾

- 만 65세 이전에 장애인법에 따른 장애인활동지원급여 수급자였다가, 나이가 들어 노인장기요양급여 수급자가 된 사람
 - 새로 받게 된 노인장기요양급여가 기존에 받던 장애인활동지원급여보다 더 적을 경우, 장애인활동지원급여의 보전급여를 신청해 부족분에 대한 활동 지원 서비스를 받을 수 있음.
- 65세 미만이지만 노인성 질환으로 노인장기요양급여를 이용하는 사람
 - 65세 미만의 장애인인데 노인성 질환으로 노인장기요양급여를 받는 사람은 노인장기요양급여를 이용하면서 장애인활동지원 보전급여*를 지원받을 수 있음.
 - *장기요양등급 판정을 받은 사람이 기존에 받던 장애인 활동 지원 서비스를 일부 유지하기 위한 급여
- 한의 재택의료센터는 장애인 활동지원사와도 요양보호사와 협력하는 것과 마찬가지로 재가 돌봄 영역에서의 팀으로서 협력할 수 있도록 함.

54) 「장애인 활동 지원에 관한 법률」 제 2장.

55) 「장애인 활동 지원에 관한 법률」 제2장.

바. 행정복지센터 통합돌봄 창구와의 협력

1) 지역사회 통합돌봄 사업의 핵심 통합돌봄 프로그램⁵⁶⁾

□ 주거지원 인프라 구축

※ 재택의료센터와 협력할 여지가 있는 프로그램 위주로 발체하였음

○ [주택 개조] 안전 및 독립생활을 위한 맞춤형 주택 개보수

- 계단, 현관 문턱 제거, 욕실, 주방 개보수 등
- 다양한 자원(선도사업, 장기요양, 모금기관 등)과 사회적 경제조직(지역자활센터, 자활기업 등)을 활용하여 집수리 자원 마련
- 일상생활 수행능력(옷 갈아입기, 화장실 사용, 목욕 등)이 불편한 대상자에 대하여 우선적인 집수리 실시

□ 방문건강관리 및 방문의료 서비스 구축

※ 재택의료센터와 서비스 내용이 겹치지 않고 협력할 여지가 있는 프로그램 위주로 발체하였음.

○ [퇴원·지역 연계] 병원과 지역(읍면동 등)이 협력하여 환자 입원 초기부터 퇴원계획 수립, 지역사회의 자원과 연계 지원하는 체계 마련

- 지자체는 관내 병원과 MOU를 체결하여 퇴원이 가능한 환자의 정보를 제공받음
- 지자체는 퇴원 시 지원할 수 있는 각종 통합돌봄 프로그램을 병원과 공유하여 실행 가능한 퇴원계획 수립

※ 퇴원 환자가 재택의료센터로 연계될 수 있도록 행정복지센터 통합돌봄 창구와 협력할 수 있음.

○ [의료급여 사례관리] 사회적 입원이 증가하는 의료급여 수급자 사례 관리로 장기입원자의 퇴원 및 지역사회 정착 지원

- 의료급여 사례관리사는 입원 치료 필요성이 낮은 장기 입원환자 퇴원 유도
- 퇴원환자는 관계부서(의료급여담당, 희망복지지원단, 주소지 읍면동 등)가 협력하여 재가의료급여 및 지역서비스 제공

※ 의료급여 퇴원 환자가 재택의료센터로 연계될 수 있도록 행정복지센터 통합돌봄 창구와 협력할 수 있음.

56) [보건복지부, 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북, 2020.]의 핵심 통합돌봄 프로그램 내용 중 재택의료센터 서비스와 중복되지 않고 협력할 여지가 있거나, 재택의료센터 그 자체를 의미하는 프로그램들 위주로 선별하여 발체하였음.

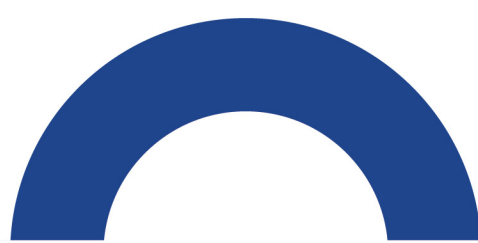
□ 다양한 복지·돌봄 서비스 구축

※ 재택의료센터와 서비스 내용이 겹치지 않고 협력할 여지가 있거나 재택의료센터 자체가 될 수 있는 프로그램 위주로 발제하였음.

- [재가 의료급여] 의료급여 수급자인 병원 퇴원자(예정자 포함)가 자신의 집에서 의료, 간병 등 필요 서비스를 받을 수 있는 재가급여 신설
 - 6개월 이상 입원 후 퇴원자 중 정기적인 치료 필요 또는 일상생활 곤란자에게 재택 의료, 간병, 돌봄, 영양, 이동 지원 등의 통합서비스 제공
- [재가 돌봄 서비스] 재가 생활을 유지할 수 있도록 영양식 제공, 이동서비스 제공, 가사지원(청소, 빨래, 식사 등) 등
 - 기존의 저소득 대상자 위주의 서비스를 욕구 기반으로 보편적 서비스로 제공 체계 마련
- [스마트홈] 사물인터넷(IoT), 인공지능(AI) 등의 기술을 활용하여 돌봄 대상자가 집에서 독립 생활을 할 수 있도록 지원
 - 스마트홈을 제공하는 이동통신사 등과 업무 협력하여 대상자 가구에 장비와 기기를 설치하고 안부확인 시스템 등 운영
- [소득지원] 기초생활보장, 기초연금, 장애인연금 등 기존의 공공부조 서비스의 누락 없는 지원
 - 주거전환 장애인 등 자립을 위한 자립정착금 지원, 일자리 지원



제5장



재택의료센터에서의 방문진료

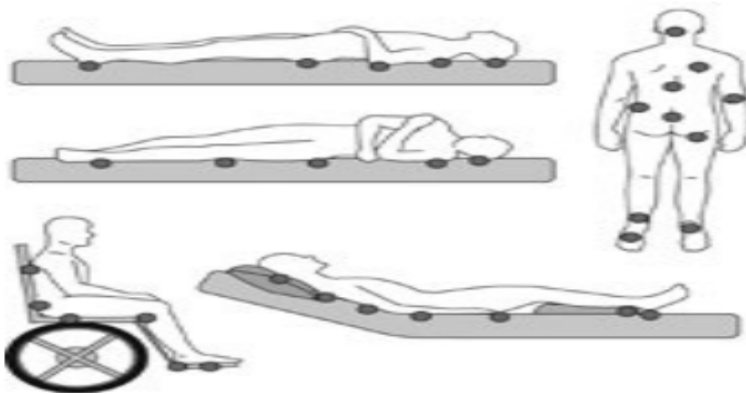
1

욕창 관리 방법

가. 개요 및 정의

□ 욕창 개요

- 욕창은 압력(pressure), 전단력(shear), 혹은 마찰(friction)이 지속적으로 작용하여 발생하는 피부와 기저조직의 국소적인 손상임.
- 욕창은 일반적으로 뼈가 돌출된 부분에서 발생하지만 의료기구나 다른 물체에 짓눌려 발생할 수도 있음.
- * 압력은 한 단위 면적에 수직으로 걸리는 힘, 전단력은 압력과 마찰력 사이에 작용하는 힘, 마찰력은 두 개의 표면이 서로 반대편으로 움직일 때 생기는 힘을 말함. 압력은 수직으로 작용하며 전단력은 피부 표면에 평행하게 가해지기 때문에 두 힘이 상호작용하여 부하를 받는 피부와 심부 조직을 변형시키게 됨.
- 욕창은 장시간 같은 체위를 유지하여도 불편감을 느끼지 못하거나 불편감을 느끼더라도 체위를 스스로 바꿀 수 없는 활동성이 제한된 환자에서 주로 발생함.
- 장시간 누워있는 경우 귀, 뒤통수, 어깨, 척추, 팔꿈치, 장골, 대전자, 꼬리뼈, 무릎, 발뒤꿈치, 복숭아 뼈 등에서 호발함.



[그림 5-1] 욕창 호발 부위

출처: Preventing Pressure Ulcers: A Patient's Guide, <https://www.cdss.ca.gov/>

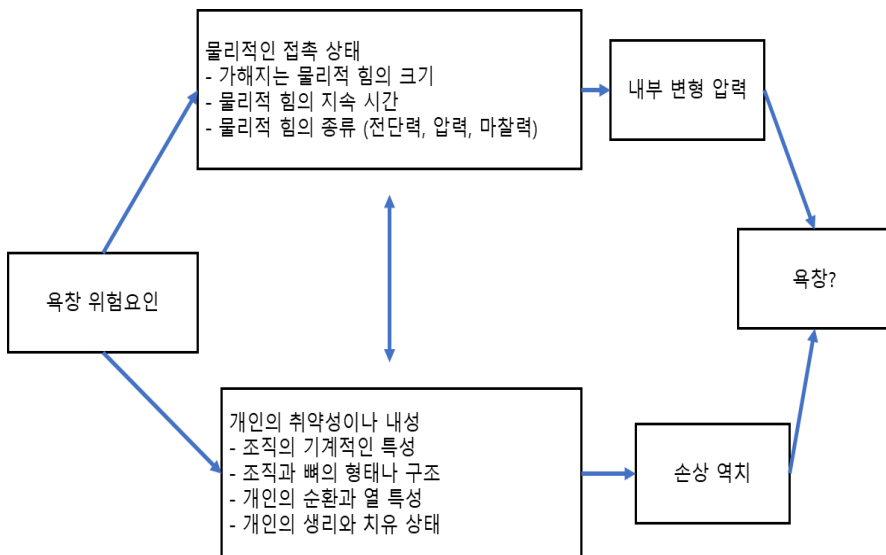
- 장시간 앉아있는 경우 어깨, 척추 부위, 천골, 꼬리뼈, 좌골, 무릎 뒤, 발뒤꿈치, 대전자 등에서 호발함. 비스듬히 눕듯이 앉으면 전단력이 작용하여 꼬리뼈, 발뒤꿈치에 욕창이 생길 수 있음.

□ 욕창 위험요인

- 피부 표면에 가해지는 힘의 특성과 개인의 특성에 따라 욕창 발생 위험이 달라짐.

나. 욕창의 분류

- 욕창의 첫 증상은 홍반으로, 피부 압박을 시사함.
- 창백성 홍반은 피부를 압박할 때 하얗게 되는 홍반(blanching erythema)으로 홍반에 압력을 가했을 때 하얗게 변하고 압박이 없어지면 3~4초 내로 피부가 다시 붉어지는 증상임.
- 비창백성 홍반은 압박했을 때 하얗게 변하지 않고 피부가 계속 붉은 증상임. 비창백성 홍반은 혈관 손상으로 혈액이 조직 내로 유출되어 울혈 상태가 되고 혈류 장애가 있다는 것을 시사함.



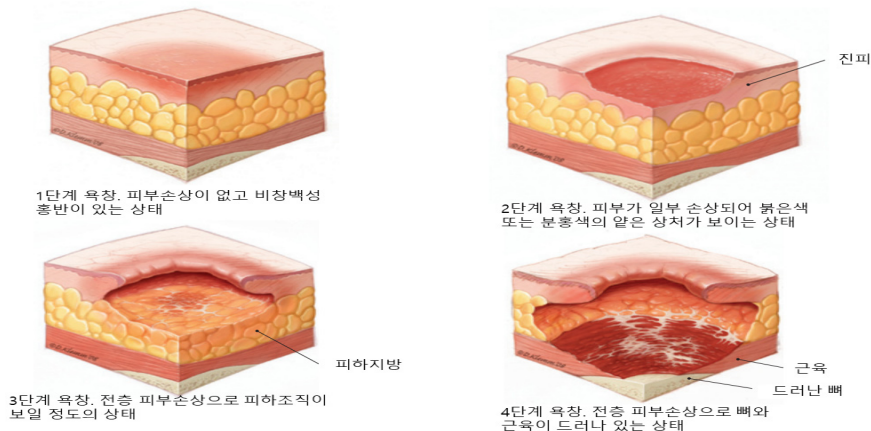
[그림 5-2] 욕창 위험 요인 (Coleman 등, 2024))

출처: 욕창간호실무지침 2020, EPUAP/NPIAP international guideline 2019

- 욕창 분류는 미국욕창자문위원회(National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP)에서 제시한 기준을 널리 사용하고 있음. 한국표준사인분류(KCD-8)의 기준은 NPUAP의 기준과 유사하나, 단계측정불가/미분류 욕창 및 심부조직손상 의심 욕창은 상세불명으로 간주함.

[표 5-1] 제8차 한국표준질병사인분류(KCD-8)에 따른 욕창 단계

구 분	내 용
L89.0 욕창궤양 및 압박부위 제 1단계	홍반에 국한된 욕창[압박]궤양 주: 열은 색의 피부에서 궤양은 지속적인 붉은색의 한정된 부위(홍반)로 나타나고, 보다 어두운 색의 피부에서 궤양은 피부의 손실없이 지속적인 붉은색, 푸른색, 또는 자주색 색조를 띌 수 있다.
L89.1 욕창궤양 및 압박부위 제 2단계	찰과상이나 물집, 표피 및 진피를 포함한 부분층 피부손실, 피부 손실 NOS를 동반한 욕창[압박]궤양
L89.2 욕창궤양 및 압박부위 제 3단계	밑에 있는 근막까지 확장된 피하조직의 괴사와 손상을 포함한 전층피부손실을 동반한 욕창[압박]궤양
L89.3 욕창궤양 및 압박부위 제 4단계	근육, 뼈 또는 지지구조(즉, 힘줄 또는 관절낭)의 괴사를 동반한 욕창[압박]궤양
L89.9 상세불명의 욕창궤양 및 압박부위	단계에 대한 언급이 없는 욕창[압박]궤양



[그림 5-3] 욕창 단계

출처: Bluestein D, Javaheri A. Pressure Ulcers: Prevention, Evaluation, and Management. Am Fam Physician. 2008;78(10):1186-1194.

[표 5-2] 국제/유럽욕창자문위원회(International NPUAP/EPUAP) 욕창 분류 기준
(2009, 2014)

단계 구분	내 용
1단계 욕창 피부손상이 없는 비창백성 발적	국소 부위에 피부손상 없이 비창백성 발적을 보이는 상태로, 색깔은 주위 피부에 따라 다르게 나타난다. 주위조직에 비해 통증이 있거나, 단단하거나, 부드럽거나, 따뜻하거나, 차가울 수 있다. 검은 피부를 가진 대상자는 발적이 잘 확인되지 않을 수 있다.
2단계 욕창 일부 피부손상 또는 물집	부분층 피부손상으로 붉은색 또는 분홍색의 얇은 상처다. 패열, 개방성 또는 비개방성의 장액이 들어있는 수포의 형태로 나타날 수도 있다. 부육(slough)이나 멍이 없이 반짝이거나 건조한 얇은 상처이며 피부 찢김, 테이프 손상, 실금관련 피부염, 피부 짓무름, 표피박리와는 구분해야 한다.
3단계 욕창 피하지방이 보일 정도의 완전 피부소실	전층 피부손상으로 피하지방이 드러나 있으나 뼈, 인대, 근육은 노출되어 있지 않다. 부육은 있기도 하지만 조직손상 정도는 명확하고 터널이 있을 수도 있다. 상처의 깊이는 부위에 따라 다른데 코, 귀, 후두부, 복사뼈는 피하지방이 없어 얇은 반면, 지방조직이 많은 부위는 상당히 깊을 수 있다.
4단계 욕창 근육/뼈가 보일 정도의 완전 피부손실	전층 피부손상으로 피하지방은 물론 뼈와 인대, 근육이 노출되어 있으며 직접 만져지기도 한다. 부육이나 가피(exchar)가 있을 수 있으며 터널이 형성되기도 한다. 상처의 깊이는 부위에 따라 다른데 코, 귀, 후두부, 복사뼈는 피하지방이 없어 상처의 깊이가 얇다. 4단계에서는 근육이나 지지구조(근막, 인대, 관절)를 침범하여 골수염이 발생할 수도 있다.
단계측정불가 /미분류 욕창 깊이를 알 수 없음	전층 피부손상으로 상처기저부가 부육(노란색, 그을린색, 회색, 녹색, 또는 갈색)이나 가피(그을린색, 갈색, 또는 흑색)로 덮여 있어 이들을 제거할 때까지는 정확한 상처의 깊이를 알 수 없어 3단계인지 4단계인지 확정하기 어렵다. 발뒤꿈치의 가피(발적없이 건조하게 잘 붙어있는)는 신체 정상방어막이 되므로 제거해서는 안 된다.
심부조직손상 욕창: 깊이를 알 수 없음	압력 또는 전단력에 의한 연조직 손상으로 피부색이 변하거나 혈액이 찬 수포에 의해 국소 부위가 보라색 또는 갈색으로 보이는 상태이다. 이러한 상태에 이르기 전에 국소 부위가 주위조직에 비해 통증이 있고 단단하고 약하거나 습하거나 따뜻하거나 차가운 상태가 있을 수 있다. 심부조직 손상은 검은 피부를 지닌 사람에게는 감지하기가 어려울 수 있는데, 검은색이 상처기저부 위로 얇은 수포가 생길 수 있으며, 후에 얇은 가피로 덮이게 된다. 이러한 과정은 빠르게 진행되어 적절한 치료를 제공함에도 불구하고 추가적인 조직 노출이 있을 수 있다.

자료: 병원간호사회. 욕창간호실무지침. 2020.

다. 욕창 치료에 대한 한의학적 근거

- 한의학에서는 욕창을 臥瘡, 印瘡, 席瘡 등으로 지칭함. 쇠약하고 여윈 환자가 오랫동안 누워있을 때 생긴다고 하였음. 『瘍醫大全』에는 “申斗垣曰 席瘡乃久病著床之人 按擦磨破而成 上而背脊 下而尾閥 常用馬屁勃軟襪 庶不致損而又損 晝夜呻吟也 病人但見席瘡 死之症也. 心法曰 席瘡乃大病後久而 生眠瘡也 乃皮肉先死 不治”라고 하여 욕창이 사망으로 이어질 수 있는 중증이라고 서술함.
- 욕창에 대한 한방 치료는 침약과 한약제제, 침 치료, 약침치료, 외용제, 기타 치료 등이 보고됨. 기저질환을 동반한 환자가 많으므로 한약이나 침 치료는 욕창 자체보다는 환자의 상태에 따라 치료를 수행함.



[그림 5-4] 욕창 환부 주위 침 치료

자료: 강선이, 송주환, 지상호, 김철현, 이상관. 4도 욕창 환자에 대한 가미십전대보탕 투여 및 침욕창 치료와 습윤드레싱의 병행 효과: 치험 1례. 대한한방내과학회지. 2023;44(6):1318-26.

[표 5-3] 욕창에 사용되는 한방 치료

한방 치료	내용	
한약 치료	첩약	십전대보탕, 탁리소독음가미, 복령음가미, 곽향정기산가미, 건비군자탕, 가미도담탕, 임삼양위탕, 보기생혈탕, 가미화정전, 도씨보익탕, 인삼양영탕, 계지가부자탕, 독활속단탕, 가미사육탕, 육미지황탕가미, 형방도적산가미, 형방패독산가미, 가미십전탕, 가미보익탕, 계지가출부탕, 계지인삼탕
	한약제제	십전대보탕, 보중익기탕, 오령산
침 치료	환부 주위	환부주위 궤양의 경계면에 연접한 정상 표피 부위를 따라 천자
	경혈	태연, 태백, 지구, 연곡, 신결, 간수
	아시혈	-
약침치료	소염 약침, 황련해독탕 약침, 중성어혈 약침	
외용제	자운고, 활석분, 황기분말	
기타 치료	레이저	반도체 레이저 CO ₂ 레이저, 하니매화레이저
	LED 광선	Smartlux
	종합가시광선	탄소방전기

자료: 「김정윤, 김혜경, 김수경, 임승환. 욕창의 한의학적 치료에 관한 고찰. 한방안이비인후피부과학회지 2019;32(3):87-104」 연구와 기타 욕창에 대한 한의학 연구들을 참고하여 정리함.

[표 5-4] 욕창 한방 치험례

■ 4단계 욕창의 치험례: 가미십전대보탕 및 침치료, 습윤드레싱

- 환자 특성: 기저질환으로 고혈압과 당뇨병이 있으며 만성적인 하지 부종 및 감각저하를 호소하며, 2013년 관상동맥 협착 진단 및 경피적 관상동맥중재술을 받은 87세 남성 환자
- 욕창 특성: 좌측 대전자 욕창, NPUAP 기준 4단계, Braden scale 15점, PUSH scale 16점
- 한방병원 입원치료
 - 습윤드레싱: 1일 1회
 - 침 치료: 욕창 경혈의 주변부에 산자 및 점자출혈
 - 한약 치료: 가미십전대보탕 하루 3회 복용
- 치료 경과: 2021년 7월 8일 치료 시작, 2022년 2월 16일 완치

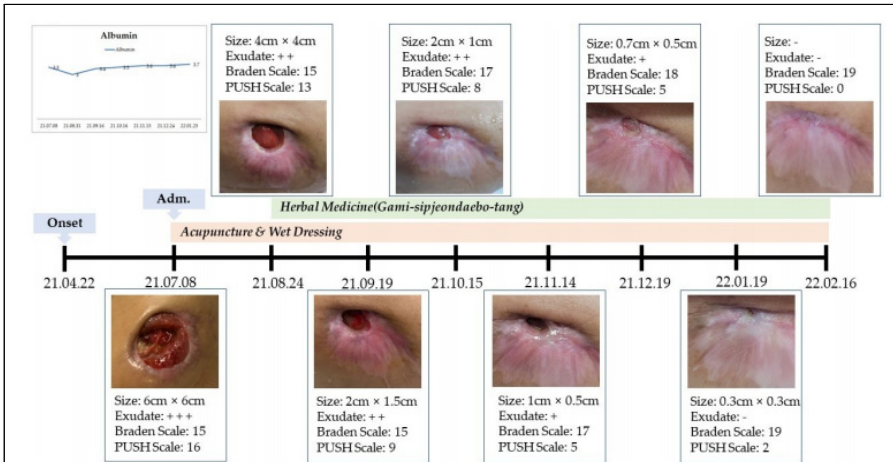


Fig. 3. Timeline of the case.

Changes in the size of the pressure ulcer lesion according to the treatment progress, accompanied by Braden scale and PUSH scale evaluations. PUSH : pressure ulcer scale for healing

자료: 강선이, 송주환, 지상호, 김철현, 이상관. 4도 욕창 환자에 대한 가미십전대보탕 투여 및 침욕창.. 치료와 습윤드레싱의 병행 효과: 치험 1례. 대한한방내과학회지. 2023;44(6):1318-26.

■ 비대면 한의진료를 통한 교육으로 욕창 치험례

• 1번 환자

- 환자 특성: 폐렴 치료를 위해 중환자실 입원 중 욕창이 발생한 80대 여성 환자, 20년 전 뇌경색 발병하여 우측 편마비 있으며 치매, 당뇨, 고혈압, 요실금 및 만성변비 기저질환 있음
- 욕창 특성: 미골부 욕창, NPUAP 기준 2단계, PUSH scale 10점
- 치료
욕창관리 교육: 간호사와 보호자에게 밀폐습윤드레싱방법 기본교육 및 간호사의 환자 처치 과정 동영상 피드백
밀폐습윤드레싱: 자운고가감방 등 택배배송
- 치료 경과: 2023년 8월 30일 치료 시작, 2023년 9월 20일 완치

Case1	2023. 08. 30.	2023. 09. 06.	2023. 09. 11.	2023. 09. 20.
NPUAP stages	2	2	2	End of treatment
Length x Width (cm)	1.1*1.9	0.9*1.1	0.6*0.9	End of treatment
Exudate amount	3	2	1	End of treatment
Tissue type	2	1	1	End of treatment
Total score	10	6	4	End of treatment

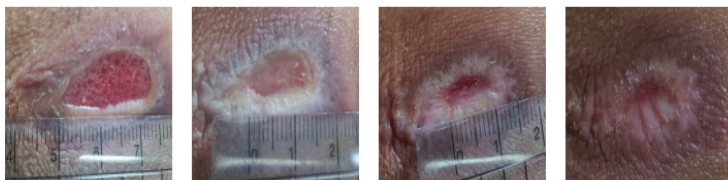
Photograph

• 2번 환자

- 환자 특성: 추락으로 인한 골절로 하반신마비가 있는 20대 남성 환자, 장애인 운동선수로 양측 둔부에 압력이 자주 가해짐.
- 욕창 특성: 우측 둔부 욕창, NPUAP 기준 2단계, PUSH scale 6점; 좌측 둔부 욕창, NPUAP 기준 2단계, PUSH scale 9점
- 치료
 욕창관리 교육: 방문진료 한의사와 보호자에게 밀폐습윤드레싱방법 기본교육
 밀폐습윤드레싱: 자운고가감방 등 택배배송
 방문진료: 한의사 방문진료 총 4회, 밀폐습윤드레싱과 양측 환부 주변 산자
- 치료 경과: 2023년 9월 12일 치료 시작, 2023년 10월 4일 완치.

Case2	2023. 09. 11.	2023. 09. 20.	2023. 09. 25.	2023. 10. 04
NPUAP stages	2	2	2	End of treatment
Length x Width (cm)	2.3*1.0	1.5*0.8	1.0*0.5	End of treatment
Exudate amount	2	2	1	End of treatment
Tissue type	2	1	1	End of treatment
Total score	9	7	4	End of treatment

Photograph

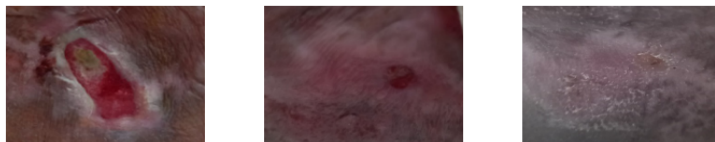


• 3번 환자

- 환자 특성: 폐렴 치료 위해 입원 중 욕창 발생한 80대 여성 환자
- 욕창 특성: 천골부 욕창, NPUAP 기준 3단계
- 치료
 욕창관리 교육: 보호자에게 밀폐습윤드레싱방법 기본교육 및 환자 처치 과정 동영상 피드백
 밀폐습윤드레싱: 자운고가감방 등 택배배송
- 치료 경과: 2023년 8월 31일 치료 시작, 2023년 10월 10일 완치

Case3	2023. 09. 01.	2023. 09. 26.	2023. 10. 10
NPUAP stages	3	2	End of treatment
Length x Width (cm)	Unknown	Unknown	End of treatment
Exudate amount	3	1	End of treatment
Tissue type	3	1	End of treatment
Total score	Unknown	Unknown	End of treatment

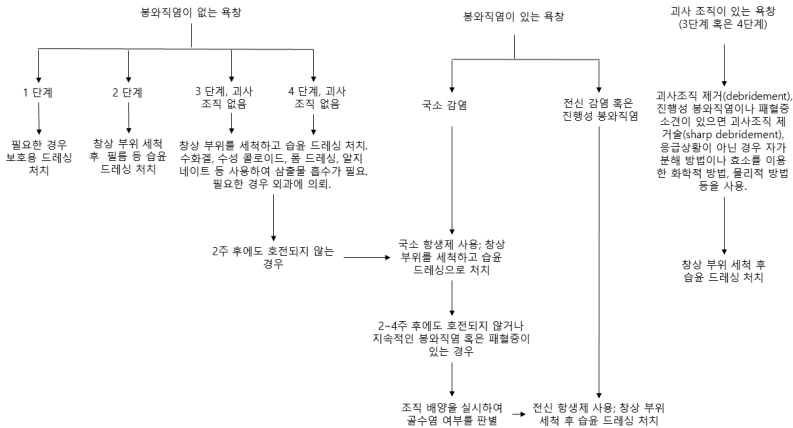
Photograph



자료: 진한빛, 이미진, 민정철, 민백기, 방호열, 임정태. 비대면 한의진료를 통한 교육으로 완치한 욕창환자 3례에 대한 증례보고. 대한한의학회지 2024;45(2):

라. 욕창 관리 방법

※ 욕창 관리 방법 본문은 「병원 간호사회. 욕창간호실무지침. 2020」 및 「김숙희 외. 가정방문간호사를 위한 실무 지침서. 군자출판사. 2022」 등을 참고함



[그림 5-5] 욕창 관리의 알고리즘

자료: Hess CT. Wound Care. 4판. Springhouse, Penn.: Springhouse; 2002:54-55.,
Bluestein D, Javaheri A. Pressure Ulcers: Prevention, Evaluation, and Management.
Am Fam Physician. 2008;78(10):1186-1194.에서 재인용

1) 욕창 부위 소독 및 세척방법

- 창상 부위 소독은 생리식염수나 베타딘 등을 사용할 수 있음.
 - 생리식염수는 자극이 적고, 베타딘 등 소독액으로 닦고 난 후 세척 용도로도 사용할 수 있음.
 - 베타딘은 창상 소독용으로 1~10% 농도의 용액을 사용하고, 섬유아세포에 독성을 보이므로 사용 후 생리식염수로 닦아냄. 아이오딘 과민 환자에게는 사용 시 주의 필요함.
- 창상 부위 세척 시에는 생리식염수를 사용하고, 상처 배액이 잘 되는 방향으로 환자의 자세를 취하도록 함. 자극이 되지 않도록 강도 높은 세척은 삼가야 함.
 - 35 cc 혹은 50 cc 주사기에 생리식염수를 이용하여 4-15 psi(pascal per square inch)로 세척함.
 - 창상 부위 주변 세척 시 필요하다면 계면활성제가 포함된 세척제를 사용할 수 있음.



2) 괴사조직 제거

- 괴사 조직이 있는 욕창은 세균 오염을 감소시키기 위하여 괴사 조직을 제거함.
 - 괴사조직 제거술은 괴사조직과 살아 있는 조직의 경계가 분명한 경우 소독 가위, 핀셋, 큐렛, 수술용 칼 등 멸균 기구를 사용하여 수행함.
 - 자가분해 방법은 습윤 드레싱제를 사용하여 괴사조직을 스스로 녹여내는 방법으로, 감염 소견이 없고 괴사조직의 양이 적은 창상에만 사용할 수 있음.
 - 화학적 방법은 효소 제제를 이용한 제거술로 부육조직을 직접 소화시키거나 기저부의 교원질을 녹여 괴사조직을 제거하는 방법임.
 - 물리적 방법은 식염수를 적신 거즈를 상처 기저부에 적용 후 건조된 상태로 제거하는 방법이나, 식염수를 이용한 세척으로 제거하는 방법임. 정상조직에 손상을 줄 수 있음.

3) 욕창 부위 드레싱 절차

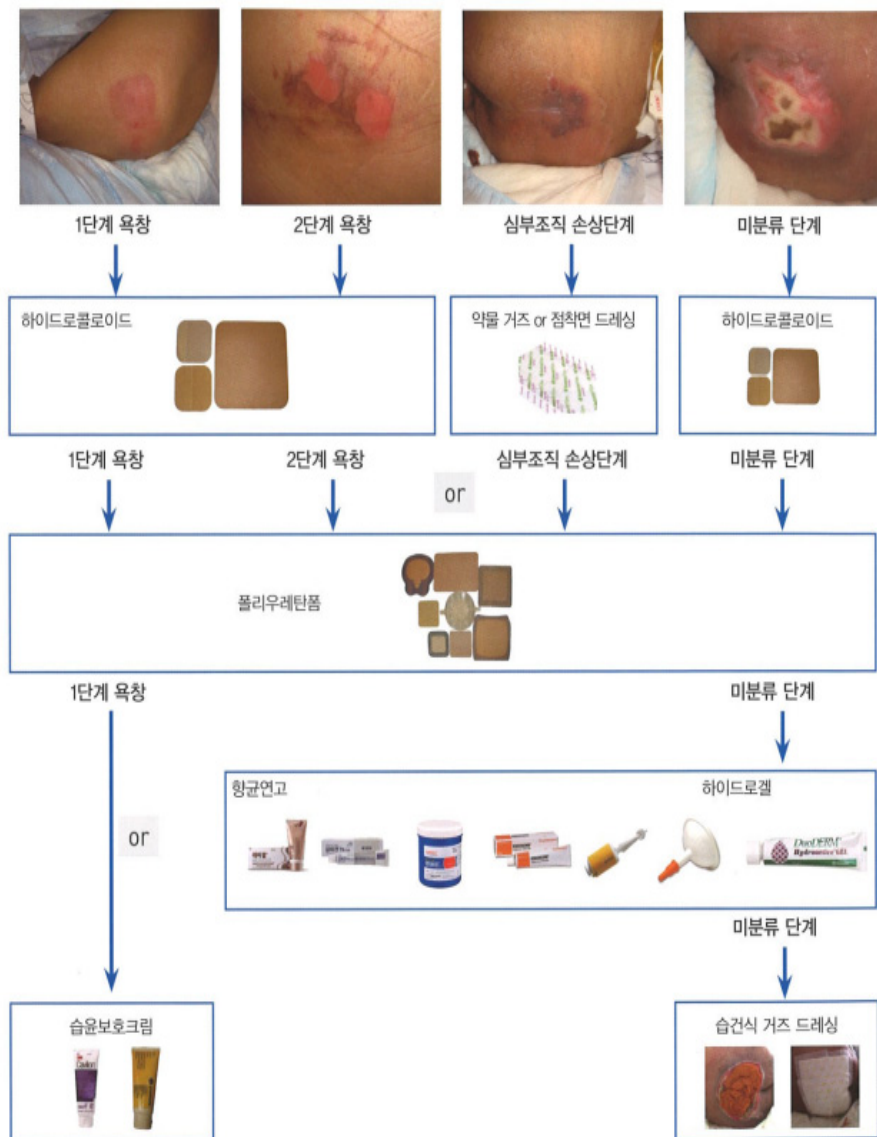
- 드레싱 시 손 위생을 하고 장갑을 착용한 후, 기존 드레싱을 제거함.
 - 기존 드레싱이 강하게 붙어있으면 식염수로 적신 후 제거하고, 제거 시 접착테이프 등이 피부를 손상시키지 않도록 주의함.
 - 드레싱제에 묻은 삼출물의 특성을 평가함.
 - 기존 드레싱제를 버리고 장갑을 벗은 후 새 장갑을 다시 착용함.
- 창상 부위 소독을 실시하고 필요한 경우 상처를 세척한 후 마른 거즈로 눌러서 습기를 흡수하여 건조시킴.
 - 괴사조직이 있으면 제거하고, 제거한 경우 다시 한 번 세척하고 건조시킴.
 - 공동(cavity)이 있는 경우 드레싱제를 채워 넣음(wound packing).
- 적합한 드레싱제를 선택하여 붙이고 고정함.
 - 드레싱은 창상 부위 적절한 습도를 유지하고 과도한 삼출물을 흡수하며, 외부 세균 으로부터 창상을 보호하기 위하여 수행함. 드레싱은 욕창의 특성에 맞게 선택하여야 함.
- 의료용 폐기물 통에 오염물을 버리고, 장갑을 벗은 후 손 위생을 실시함.

[표 5-5] 욕창 관리에 흔히 사용되는 드레싱

유형	장점	단점	예
필름(film)	1단계 욕창에 적용 반투과성으로 상처 확인이 가능 습윤환경 조성으로 괴사조직의 자가용해적 제거 가능	제거 시 접착테이프가 피부 손상 및 통증을 일으킬 수 있음	Tegaderm, Opsite flexifix
수화겔 (hydrogel)	2단계, 3단계 및 4단계 욕창에 적용. 거즈드레싱을 같이 사용하여 식염수 거즈 보다 더 오래 습기를 유지할 때 사용함. 깊은 상처 충전(packing) 시 식염수 거즈 대용으로 사용할 수 있음.	주위 조직 과습을 유발 할 수 있고 삼출액이 과다할 때는 금기	solosite gel
수성 콜로이드 (hydrocolloid)	2단계 및 3단계 욕창, 배액이 적거나 중증도인 경우 사용 삼출물을 어느 정도 흡수할 수 있고 습 윤환경 조성으로 괴사조직의 자가용해적 제거 가능	폐쇄드레싱으로 감염된 상처나 허혈성 상처에 는 사용하지 말고, 욕아 조직이 상처 표면까지 자란 경우 사용 중지	Duoderm Tegasorb Replicare
폼(foam)	2단계 및 3단계 욕창, 폴리우레탄 폼이 습도를 유지하며 삼출물을 흡수함	삼출액이 과도할 경우 부적합하고, 폼드레싱 위에 필름을 적용하면 수분 투과가 방해됨.	Medifoam, Betafoam, Aquacel foam,
알지네이트 (Alginate)	2단계 및 3단계, 4단계 욕창 무게 대비 15~20배 삼출물을 흡수하여 배액이 많을 때 사용	잔여 젤로 인한 감염 위험이 있어 잔여 젤은 생리식염수 세척으로 완전히 제거해야 함 과도한 충전 (overpacking) 금지	Sorbasan Kalostat Biatain

*자료: 질병관리청 국가건강정보포털, 가정방문간호사를 위한 실무지침서

□ 욕창 단계에 따른 드레싱 선택



[그림 5-6] 욕창 단계에 따른 드레싱 선택

자료: 병원 상처 장루 실금 간호사회, 상처 시각화 사전, 군자출판사, 2017.

4) 피부 관리

- 피부를 깨끗하고 건조하게 유지시켜야 함. 피부가 건조하다면 피부 손상을 방지하기 위하여 보습제를 사용할 수 있음.
- 피부를 세게 문지르거나 마사지를 하지 않고, 가능하면 홍반이 있는 부위로 대상자를 눕히지 않도록 함.

5) 실금과 실변관리

- 대상자에게 맞는 배뇨와 배변관리를 계획하고 수행함.
- 피부에 닿는 부분에 습기가 생기지 않도록 함. 적절한 산도(pH 4.5~6.5, 알칼리성 비누 사용 금지)를 유지하는 세척제를 사용하고, 실금 발생 후 티슈나 천을 이용하여 자극되지 않도록 즉시 피부를 세척하고 피부 보호 제품을 적용함.
- 실금이 있는 경우 흡수성이 좋은 언더패드나 실금용 팬티를 사용하되, 실금 여부를 자주 관찰함. 실금 기저귀는 실금 관련 피부염을 유발할 가능성이 높으므로 권장되지 않음.
- 심한 실금 때문에 욕창이 오염될 수 있으면 단기간 동안 유치 도뇨관 또는 변실금 관리 기구를 이용하도록 함.

5) 영양관리

- 음식과 수분 섭취가 적절한지 확인하고, 체중을 확인하여 의미 있는 체중 감소나 체중 변화가 있는지를 확인함.
- 욕창 위험군이나 욕창이 있는 성인에게는 적절한 단백질이 공급되어야 함.
- 식사 섭취로 충분한 영양분이 충족되지 않으면 일상적인 식사 외에 추가로 고칼로리, 고단백질 영양 보충제를 제공함.

6) 자세변경

- 지지면의 적용 유무에 상관 없이 주기적으로 자세를 바꾸어 주어야 함.
- 대상자의 개별 특성을 고려하여 1시간 마다 욕창 위험 부위를 사정하거나 자세를 변경함.

- 자세변경 시 새로운 병변이 있는지 확인하고, 발적 또는 욕창이 있는 부위로는 자세를 변경하지 않도록 함.
- 뼈 돌출 부위(무릎, 발목 등)끼리 직접 맞닿지 않도록 베개나 쿠션 등을 받쳐주어 지지면으로 사용함.
- 온열장비(열패드, 온열기 등)가 욕창 호발 부위나 욕창에 직접 닿지 않도록 함.
- 의학적으로 필요한 경우가 아니라면 장시간 엎드린 복위자세는 취하지 않도록 함.
- 링이나 도넛 모양의 지지면은 닿는 부위의 혈액순환을 방해하므로 사용하지 않음.

7) 감염 관리

- 2주 동안 치유 징후가 부족하거나, 쉽게 부서지는 욕아조직이 나타나거나, 악취가 발생하면 욕창 부위의 국소 감염을 의심하여야 함.



2

다약제복용 관리 방법

가. 정의 및 개요

1) 다약제복용(polypharmacy)이란?

- 다약제복용의 정성적 정의는 임상적으로 필요한 양 이상으로 많은 약제가 처방되어 있는 상태임⁵⁷⁾.
- 다약제복용의 정량적 정의는 5~6종류 이상의 약제를 복용하고 있는 상태로 정의함.
- 65세 이상 고령자에서 5종류 이상으로 기준 삼았을 때, 고령자에서 중요한 임상결과인 취약성, 기능장애, 인지기능, 낙상, 사망 사건과 약제관련 부작용(adverse drug events)이 유의하게 증가하는 것으로 보고되어 있음⁵⁸⁾⁵⁹⁾.
- 정량적 정의의 약제개수 계산 시에는 통상적 처방약 뿐 아니라 OTC(over the counter), 건강기능식품, 한약처방도 포함하여 산출해야함.

2) 국내 다약제복용 현황

- 국내 65세 이상 고령자의 대다수는 다약제복용 상태로 확인됨.
- 국민건강보험공단 표본데이터를 활용한 연구⁶⁰⁾에서 6개 이상의 약제 복용 상태를 다약제복용으로 정의했을 때, 국내 65세 이상 고령자(319,185명) 중 86.4%(275,881명)이 다약제복용 상태였음⁶⁰⁾.
- 11개 이상의 약제를 복용하고 있는 주요 다약제사용(major polypharmacy)은 44.9%(143,218명)이었으며, 과잉 다약제사용(excessive polypharmacy)는 3.0%(9,669명)이었음.

57) Tjia J, Velten SJ, Parsons C, Valluri S, Briesacher BA. Studies to reduce unnecessary medication use in frail older adults: a systematic review. *Drugs Aging*. 2013;30(5):285-307.

58) Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2012;65(9):989-995.

59) Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, et al. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. *Arch Intern Med*. 2001;161(13):1629-1634.

60) Kim HA, Shin JY, Kim MH, Park BJ. Prevalence and predictors of polypharmacy among Korean elderly. *PLoS One*. 2014;9(6):e98043.

* 상기 연구결과는 국민건강보험공단 표본데이터를 활용한 연구로, 의사, 한의사, 치과의사의 처방없이도 구입할 수 있는 OTC, 건강기능식품 복용현황과 비급여 처방(의사, 한의사, 치과의사 처방)은 빠진 데이터임. 따라서, 실제 국내 다약제복용 현황을 더욱 심할 가능성이 높음.

나. 다약제복용의 영향

1) 고령자에서 다약제사용은 필요악(necessary evil)일 수 있음

- 의료기술이나 예방의학의 발달이 이뤄지고 있는 현대사회에서 다수의 질환을 가진 고령환자에서 다약제복용이 발생하는 것은 어쩔 수 없는 자연스러운 현상임⁶¹⁾.

2) 중요한 것은 ‘부적절 다약제복용(inappropriate polypharmacy)’

- 하지만 투여되지 않았어야 할 약제나 불필요한 약제가 투약되어 발생하는 문제는 막을 수 있는 것이며, 막아야만 할 대상임.
 - 세계보건기구(WHO)는 이러한 상황을 ‘부적절 다약제복용’이라 정의하며, 다음과 같은 상황을 예로 들고 있음⁶²⁾.

[표 5-6] 부적절 다약제복용의 사례

내 용
현재 해당 약제의 적응증이 없거나, 용량이 과도하게 높은 약제를 사용
한 개 이상의 약제가 목표한 치료효과를 달성하지 못하고 있는 경우
하나 또는 여러 약제의 조합이 약물이상반응을 유발하거나 환자를 약물이상반응의 위험에 빠뜨리는 경우
환자가 치료의도에 따라 복용할 의사가 없거나 복용할 수 없는 경우

3) ‘부적절 다약제복용’은 다음과 같은 문제를 야기할 수 있음

- 처방준수율 저하
 - 복약개수, 복약횟수가 많을수록 처방준수율이 저하됨⁶³⁾⁶⁴⁾.

61) Wise J. Polypharmacy: a necessary evil. BMJ. 2013;347:f7033. Published 2013 Nov 28.

62) World Health Organization. (2019). Medication safety in polypharmacy: technical report (No. WHO/UHC/SDS/2019.11). World Health Organization.

(<https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/who-uhc-sds-2019-11-eng.pdf>)

63) Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 005;353(5):487-497

○ 약물이상반응* 증가

- 약제수 증가에 따라 약물이상반응이 증가하는 것으로 알려짐. 6개 이상의 약제를 복용하는 경우, 1~3개를 복용하는 경우 보다 2배 이상 약물이상반응의 빈도가 높은 것으로 보고됨⁶⁵⁾.

* 약물이상반응의 정의는 “약제와의 인과관계가 명확하지 않은 것도 포함하여, 약제를 투여한 환자에서 발생하는 이른바 바람직하지 못한 모든 장애(징후, 증상, 질환)”임.

○ 잠재적으로 부적절한 약제투여*(potentially inappropriate medications, PIMs) 증가

- 다약제복용 상태에서 PIMs의 빈도 역시 증가하는 것을 알려짐. 복용 약제수 증가에 비례하여 PIMs의 빈도 역시 증가하는 경향을 보임.

* PIMs는 “아직 이상반응을 일으키지 않았지만, 이대로 처방을 유지하면 고령자 신체의 특성을 고려했을 때 이상반응을 일으킬 가능성이 높은 약제의 투여”로 정의함.

○ 과소사용(underuse)의 증가

- 원래 투여되었어야 할 약제가 투여되지 않는 상황도 증가함⁶⁶⁾.

○ 약물상호작용 우려

- 복약개수 증가에 따라 약물상호작용 발생확률이 증가하는 것으로 알려짐⁶⁷⁾.

64) Pasina L, Brucato AL, Falcone C, et al. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs Aging*. 2014;31(4):283-289.

65) Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, et al. High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs: analysis of inpatient database. *Geriatr Gerontol Int*. 2012;12(4):761-762.

66) Kuijpers MA, van Marum RJ, Egberts AC, Jansen PA; OLDY (Old people Drugs & dYsregulations) Study Group. Relationship between polypharmacy and underprescribing. *Br J Clin Pharmacol*. 2008;65(1):130-133.

67) Doan J, Zakrzewski-Jakubiak H, Roy J, Turgeon J, Tannenbaum C. Prevalence and risk of potential cytochrome P450-mediated drug-drug interactions in older hospitalized patients with polypharmacy. *Ann Pharmacother*. 2013;47(3):324-332.

[표 5-7] 사용약제수와 상호작용 발생확률

사용약제수	약물상호작용 발생확률
5~9개	50%
10~14개	81%
15~19개	92%
20개 이상	100%

다. 처방연쇄(prescribing cascade)

1) 처방연쇄란?

- 복용 중인 약제에 의한 이상반응 증상을 새로운 문제 발생상태로 오인하여 그 증상에 대한 새로운 약제를 처방하는 상황임⁶⁸⁾.
- 이환질환 증가에 따른 약제증가는 어쩔 수 없는 필요약이나, 처방연쇄로 인한 약제증가는 전형적인 ‘부적절 다약제복용’에 해당함. 따라서 일상진료에서 처방연쇄 여부를 감별하는 것이 매우 중요함.

2) 대표적 처방연쇄 상황

- 처방연쇄가 일어나는 주요 사례는 다음과 같음.



68) Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. BMJ. 1997;315(7115):1096-1099.

[표 5-8] 처방연쇄의 대표사례

번호	내 용
1	①비스테로이드성 소염진통제(NSAIDs) 복용 → 혈압상승 ②혈압상승에 대한 칼슘채널길항제 처방 → 부종발생 ③부종발생에 대한 이뇨제 처방
2	①소화기증상에 대한 도파민수용체억제제 복용 → 파킨슨증후 발생 ②파킨슨증후에 대한 파킨슨병치료제 처방
3	①인지기능저하에 따른 아세틸콜린에스테라아제 억제제 복용 ①-1) → 비뇨기문제 발생(요실금) ②비뇨기문제에 대한 항콜린제 처방 ①-2) → 구역감 발생 ②구역감에 대한 도파민수용체억제제 처방 ③상기 “2”번으로 이행
4	①알레르기, 불면증 등에 대한 항히스타민제 복용 → 인지기능저하 ②상기 “3”번으로 이행
5	①혈압상승에 대한 티아짚계 이뇨제 복용 → 고요산혈증 발생 ②고요산혈증에 대한 요산강하제 처방 → 발진발생 ③발진에 대한 스테로이드 처방

자료: Gill SS, Mamdani M, Naglie G, et al. A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. Arch Intern Med. 2005;165(7):808-813.; <https://www.nps.org.au/assets/bfed344b681dd636-b041584d99e7-ca3f75bcf6b64e70d9dde28acdc1db3afe4ec255b4828f2084ec8c611b0c.pdf>

라. 다약제복용 처방정리의 실제

1) 다약제복용 환자에서 처방정리의 필요성

- 다약제복용은 65세 이상 고령자에서 “나”항에서 언급한 다양한 문제를 일으킬 수 있음. 특히, “부적절 다약제복용”은 사전에 찾아 정리하는 것이 고령환자의 예후를 개선하는데 도움이 될 수 있음.
- 2015년 미국의사협회저널(The Journal of the American Medical Association, JAMA)에 “Reducing Inappropriate Polypharmacy”라는 제목으로 부적절 다약제사용시 처방정리하는 방법을 정리한 특별기고가 게재됨. JAMA의 프로토콜을 토대로 국내 의료현장과 한의사의 임상현황을 감안하여 이하와 같은 프로토콜을 제시함⁶⁹⁾.

69) Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Intern Med. 2015;175(5):827-834.

2) 다약제복용 처방정리의 프로토콜

- 첫째, 모든 복용약과 복용이유를 밝혀냄
 - 환자가 보유 중인 처방전과 복용 중인 약제실물 대조를 통해 현재 복용 중인 약제의 종류와 복용 이유에 대해 조사함.
 - 처방전에 수록되어 있지 않은 OTC, 건강기능식품, 한약처방 등에 대해서도 철저한 조사를 진행해야 함.
- 둘째, 이상반응이 잘 일어날 수 있는 상황인지 평가
 - 다음 2가지 측면에서 이상반응을 일으킬 수 있는 주요인자 보유여부를 평가함.

[표 5-9] 이상반응을 일으킬 수 있는 주요인자

인자	내 용
약제인자	약제개수, 고위험약제 사용, 이상반응 기왕력, 동일약제나 동일계열의 약제를 중복해서 복용
환자인자	초고령자, 인지기능저하, 다질환병존, 복수의 처방(한)의사 존재, 약물남용력, 순응도불량, 낮은 일상생활정도, 말기암, 신기능장애

자료: Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Intern Med. 2015;175(5):827-834.

* 고위험약제: 오피오이드, 항정신병약, NSAIDs, 항응고제, 디곡신, 심혈관계약, 혈당강화제, 항콜린약제, 항히스타민제, 벤조디아제핀계 약제, 설파리드 등

- 셋째, 복용 중인 약제에 대해 중지 타당성을 평가
 - 만약, 복용 중인 약제로 인한 이상반응이 발생한 상태라면 바로 해당 약제의 중단이 필요. 이 외에는 추후 “PIMs”의 가능성을 검출해 낼 필요가 있음.
 - PIMs 여부를 검출해내는데 유용한 기준으로 명시적 기준(explicit criteria)과 암시적 기준(implicit criteria)이 있음. 현재, 임상현장에서는 명시적 기준에 해당하는 STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescription) criteria가 가장 널리 활용되고 있음.
 - 명시적 기준이 활용이 용이하여 널리 활용되나, 개별상황에 대한 적용이 어려워 관련 한계점(실질적 임상효과 부족)이 드러나고 있음. 이에 전문적 지식을 갖춘 상태에서 암시적 기준의 적극적 활용도 필요한 실정임.
 - 상기 기준에 의거하여 PIMs로 판단될 경우, 해당 약제는 중지를 시도할 수 있음.
 - 각종 PIMs 검출 기준의 특징은 이하의 표와 같음.

[표 5-10] PIMs 검출에 활용되는 주요 평가기준과 그 특성

종류	내 용
STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescription) criteria	- 2008년 잉글랜드-아일랜드 전문 가집단에서 첫 발표 - 가장 최신판은 2023년 발표됨. - 가장 활용이 쉬운 것으로 알려짐
Beers criteria	- 1991년 Mark H. Beers가 발표 - 2012년부터 미국노인의학회에서 수년마다 업데이트 중
Medication Appropriateness Index (MAI)	(명시적기준) - 구체적인 약제-상황을 제시. - 적응주체에 전문성이 크게 요구되지 않음. → 활용이 쉬운 편. 개별요인에 대한 고려 부족함. (암시적기준) - 모든 처방에 적용할 수 있는 질지표. - 의료진의 의학적 지식과 전문성에 의존. → 활용이 쉽지 않음. 전문적 지식이 필요함. - 시간 소모적, 임상 경험에 의존적. - 환자 중심, 처방 적절성의 평가가 개별 환자 단계에서 이루어짐.

자료: O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3 [published correction appears in Eur Geriatr Med. 2023 Aug;14(4):633. doi: 10.1007/s41999-023-00812-y]. Eur Geriatr Med. 2023;14(4):625-632.; By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2015;63(11):2227-2246.; Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. J Clin Epidemiol. 1992;45(10):1045-1051.

[표 5-11] STOPP criteria 예시

고령자에서 PIMs 가능성이 있는 처방	사 유
반복적 낙상 기왕력을 가진 환자의 전립선 관련 배출장애에 알파차단제	기립저혈압 유발
과민성 방광 또는 절박성 요실금 치료를 위한 항무스카린제	의식수준 저하

자료: O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3 [published correction appears in Eur Geriatr Med. 2023 Aug;14(4):633. doi: 10.1007/s41999-023-00812-y]. Eur Geriatr Med. 2023;14(4):625-632.

[표 5-12] MAI 예시

질문	점수
1. 그 약이 적절한가?	3점
2. 그 상태에 약물요법이 효과적인가?	3점
3. 용량은 올바른가?	2점
4. 지시는 올바른가?	2점
5. 지시는 실용적인가?	2점
6. 임상적으로 유의한 약제간 상호작용은 없는가?	2점
7. 임상적으로 유의한 약제병태 상호작용은 없는가?	1점
8. 타 약제와의 불필요한 중복은 없는가?	1점
9. 치료기간은 허용할 수 있는 범위에 있는가?	1점
10. 이 약제는 다른 동일한 효과의 약제와 비교했을 때 가격이 저렴한가?	1점

자료: Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. J Clin Epidemiol. 1992;45(10):1045-1051.

- 한의의료 현장에서 자주 만나게 되는 PIMs의 상황을 정리하면 다음의 표와 같음.



[표 5-13] 한의의료 현장에서 자주 만나게 되는 PIMs의 상황

약제	예상되는 이상반응, 주의점
알파차단제	기립저혈압
디곡신(Digoxin)	신기능저하 시 중독증상, 심방세동, 심부전악화
제1세대 항히스타민제	항콜린작용에 의한 섬망, 갈증, 변비
항정신병약	뇌졸중, 인지기능저하, 사망률상승
벤조디아제핀계 수면제	인지기능저하, 섬망, 낙상, 골절, 교통사고
비벤조디아제핀계 수면제	벤조디아제핀계 수면제와 비슷하게 섬망, 낙상, 골절
골격근이완제	항콜린작용, 과진정, 낙상, 골절
항경련제	과진정, 낙상, 골절
프로톤펌프억제제	Clostridium difficile 감염, 골절, 8주 넘게 사용은 주의 필요함.
NSAIDs	소화관출혈, 궤양(75세 이상 고령자나 프레드니솔론, 항응고제, 항혈소판제 복용 시 주의), 급성신손상, 부종, 혈압상승
펜타조신	환각, 착란
티아짓계 이뇨제	저나트륨혈증

자료: O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3 [published correction appears in Eur Geriatr Med. 2023 Aug;14(4):633. doi: 10.1007/s41999-023-00812-y]. Eur Geriatr Med. 2023;14(4):625-632.; By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2015;63(11):2227-2246.; Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. J Clin Epidemiol. 1992;45(10):1045-1051.

○ 넷째, 중지의 우선순위를 결정

- 상기 과정을 통해 중지 타당성이 입증된 약제라면 신중히 중지를 시도함. 이때 중지의 우선순위는 이하의 기준을 토대로 순차적으로 진행함.
- 가장 유해하며 이익은 없는 약제를 우선적으로 중지함.



- 이후, 가장 중지하기 쉬운 약제를 중지함. 중지예 따른 이탈증상이 없거나 질환의 악화가 없을 것으로 추정되는 약제를 중지하는 것임.

- 마지막으로 중지 타당성이 입증된 약제 중 환자가 가장 감량하길 희망하는 약제를 중지함.

○ 다섯째, 약제조정 실시 후 철저한 경과관찰

- 약제감량 또는 중단을 실시한 뒤, 환자의 상태에 대한 경과관찰을 실시함.

○ 여섯째, 약제조정 후 과소처방이 발생하지 않도록 주의

- 약제감량 또는 중단 시 고려자에서 꼭 처방되었어야 할 약제가 중단되지 않도록 유의해야 함.

- 과소처방을 막기 위해서는 START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) criteria를 활용하는 것이 바람직함. PIMs 검출을 위한 STOPP criteria와 함께 발표되고 있는 기준임⁷⁰⁾.

3) 다약제복용 처방정리 시 한의치료의 개입의 필요성

○ 환자가 복용 중인 모든 약제에는 “처방된 이유”가 있음. 약제를 중단할 시, 복약을 통해 그동안 가려져 있던 해당 이유(증상, 질환)가 드러날 수 있음.

○ JAMA의 다약제복용 처방정리 프로토콜은 약제 중단의 타당성 등을 평가하여 약제를 조정하나, 당초 약제를 사용하게 된 사유에 대한 고려는 없음.

- 따라서, 약제 사용을 일단 중단하였더라도 재차 환자가 약제를 필요로 하게 될 가능성이 높음.

○ 이에 대해 당초 약제 복용의 사유에 대한 한의치료를 실시하게 되면 보다 효율적인 다약제복용 처방정리가 가능함.

- 한약처방은 다성분(Multi-Component) 구성과 다표적(Multi-Target Effect)으로 작용한다는 특징이 있음. 따라서 양약과 달리 한 가지 처방으로 다양한 증상에 대한 대처가 가능하며, 이를 통해 한 가지 처방으로 다양한 약제를 대체할 수 있음.

- 또한 한의치료도구 중에는 비약물요법이 다수 존재함. 침, 뜸, 부항, 도인운동요법, 추나치료 등을 활용할 시, 약제를 사용하지 않고도 당초 약제를 사용했던 사유에 대한 대처가 가능함.

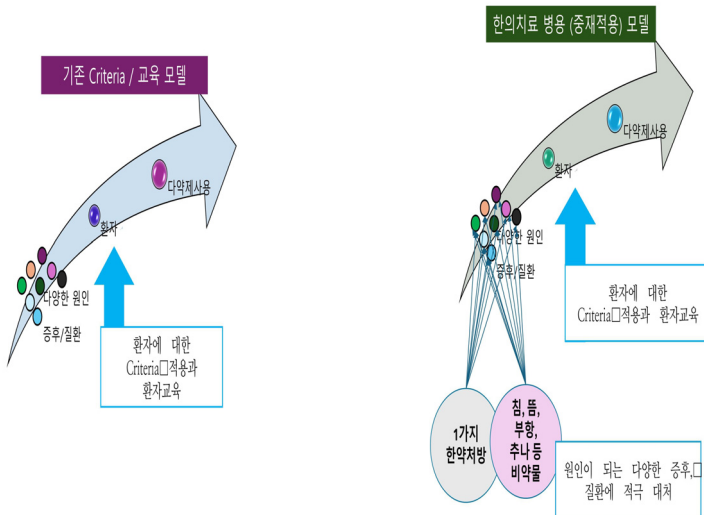
70) O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3 [published correction appears in Eur Geriatr Med. 2023 Aug;14(4):633. doi: 10.1007/s41999-023-00812-y]. Eur Geriatr Med. 2023;14(4):625-632.

● 허리가 아파요	○ 정형외과(NSAIDs)	● 허리가 아파요
● 무릎이 시려요	○ 이비인후과(항불안제)	● 무릎이 시려요
● 귀에서 소리가 나요	○ 비뇨기과(항콜린제 등)	● 귀에서 소리가 나요
● 소변이 자주 마려워요	○ 정신과(수면유도제 등)	● 소변이 자주 마려워요
● 소변을 봐도 시원하지 않아요	○ 소화기내과(소화제 등)	● 소변을 봐도 시원하지 않아요
● 깊은 잠을 못자고 자주 깨요		● 깊은 잠을 못자고 자주 깨요
● 입맛이 없어요		● 입맛이 없어요
● 소화가 잘 안되요		● 소화가 잘 안되요

팔미지환환

1종류 처방
다양한 증상 대처가능

[그림 5-7] 다양한 증상에 대한 대처가 가능한 한약처방



[그림 5-8] 한약치료 병용을 통한 새로운 다약제복용 조정 모델 제시

마. 한약-양약 병용의 안전성 및 상호작용 발생 가능성

1) 한약-양약 병용에 따른 상호작용 발생 이슈

- 최근 미국과 유럽에서 천연물 유래 생약제제와 화학약품 병용이 증가함에 따라 Herb-Drug Interactions(HDI)에 의한 이상반응 보고가 증가하는 추세임.
- 이에 국내에서도 한약-양약 병용에 따른 상호작용 발생 가능성에 대한 의문이 제기되고 있음.
- 다만, 미국과 유럽의 병용형태는 국내의 병용형태와 큰 차이가 있음.
- 미국과 유럽에서는 단일 약제로 구성된 생약제제가 주로 활용되나, 국내에서 통용되는 한약처방은 주로 여러 약재의 조합으로 구성된 복합처방임.
- 현재, 상호작용에 따른 이상반응 보고는 주로 단일 생약제제와 양약 간의 증례에 해당함. 따라서 해외 사례는 국내의 현실을 제대로 반영하지 못하고 있음.

2) 단일 한약재 및 음식과 항응고제 와파린 간의 상호작용

- DOAC(Direct Oral Anticoagulants)의 등장으로 사용량이 많이 감소했으나, 여전히 항응고치료가 필요한 환자들 중 와파린(warafarin) 사용이 필요한 환자가 다수 존재함.
- 와파린은 비타민 K 의존성 응고인자와 내인성 항응고 단백질의 생성을 방해하여 혈액 응고를 억제하는 항응고제로서, 타 약제나 음식(특히, 비타민 K 함유음식)과 상호작용을 쉽게 일으키는 것으로 유명함.
- 따라서, 본 항에서는 와파린과 한약재 간의 상호작용에 대해 다루고자 함.
- 일부 한약재 및 음식 역시도 와파린과 병용 시, 그 효과를 증강(항응고효과의 증강) 또는 감약(항응고효과의 감약)시킬 수 있는 것으로 보고되어 있음.
- 그 내용을 요약하면 이하의 표와 같음.

[표 5-14] 와파린과 병용투여 시 상호작용을 일으킬 수 있는 한약재

상호작용 유형	한약재
와파린의 효과 증강 (항응고효과 증강)	단삼, 도인, 홍화, 삼릉, 당귀, 천궁, 은행잎, 감초, 생강, 대산, 알코올(간질환자일 경우), 망고, 자몽주스,
와파린의 효과 감약 (항응고효과 감약)	인삼, 녹차, 아보카도(대량 섭취 시), 두유, 해조류가 포함된 초밥

자료: Heck AM, DeWitt BA, Lukes AL. Potential interactions between alternative therapies and warfarin. Am J Health Syst Pharm. 2000;57(13):1221-1230.; Holbrook AM, Pereira JA, Labiris R, et al. Systematic overview of warfarin and its drug and food interactions. Arch Intern Med. 2005;165(10):1095-1106.

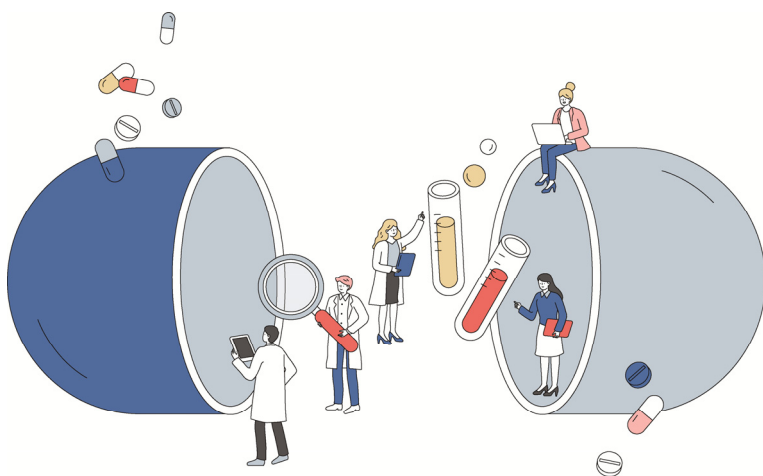
- 따라서, 와파린 사용 시 상기 단일 한약재 형태로의 병용은 신중을 기해야 함.
- 부득이한 병용 시, 정기적인 항응고능 평가를 통해 와파린 효과의 증강 또는 감약에 따른 사고(출혈 또는 혈전사고)를 미연에 예방해야 할 것임.

3) 복합한약처방과 항응고제 와파린의 상호작용

- 하지만, 앞서 언급했듯 다양한 약재의 조합으로 구성되는 복합한약처방과 와파린 간의 상호작용 발생 가능성은 상기 단일 한약재와 와파린 간의 상호작용과는 별개의 문제로 다뤄야 함.
- 그 이유는 다음과 같음.
 - 보중익기탕을 예로 들자면, 보중익기탕에는 상기 표에 등장하는 한약재 ‘당귀’와 ‘인삼’이 모두 함유되어 있음.
 - 당귀는 와파린과 병용 시 그 효과를 증강할 수 있는 약재로 알려져 있으나, 인삼은 그 반대의 효과를 지닌 것으로 알려짐.
 - 한 가지 복합한약처방의 구성내역에 와파린과의 병용효과가 정반대로 나타나는 약재가 함께 조합되어 있는 것임.
 - 이에 복합한약처방과 와파린 병용에 따른 상호작용은 따로 평가가 필요함.
- 2015년 복합한약처방과 와파린 병용의 안전성을 평가한 연구결과가 국내에서 출간 되었음.
 - 2006년 6월부터 2013년 5월까지 와파린을 복용한 환자 86명을 대상으로 복합한약처방 병용여부에 따라 군을 나누어 최대 30일간 응고기능의 평가지표인 PT INR(Prothrombin Time International normalized ratio)이 2미만, 3초과 수치를 보인 환자의 비율과 초기 PT INR에서 1 또는 그 이상 변화된 환자의 비율을 조사했음.
 - 그 결과, 복합한약처방 병용군과 비병용군 간에 PT INR 상 변화가 있던 환자의 비율에 유의한 차이가 없었음⁷¹⁾.

71) Lu HY, Cho SY, Park SU, Jung WS, Moon SK, Park JM, Ko CN. Do herbal formulas influence the international normalized ratio of patients taking warfarin? A

- 따라서, 현재 국내에 통용 중인 복합한약처방과 와파린 병용에 따른 상호작용 발생 가능성은 매우 낮으며, 와파린 사용을 이유로 복합한약처방의 병용을 금지할 이유는 없음.
- 다만, 여러 조건의 영향을 받는 와파린 사용 자체 만으로 항응고능의 변화가 클 수 있으므로 와파린 사용 중인 환자 진료 시, 정기적인 항응고능 평가는 필요함.



retrospective study. Evid Based Complement Alternat Med. 2015;2015:213927.

3

노쇠 관리 방법

가. 개요 및 정의

□ 노쇠의 정의

- 노쇠(frailty)⁷²⁾란 노화에 따른 전반적인 기능 저하로 인해 항상성을 유지할 수 있는 생리적인 예비능이 감소하여 외부적인 스트레스에 적절히 대응하지 못하는 취약한 상태를 의미하며, 아래와 같은 특징을 가지고 있음⁷³⁾.
 - 여러 장기의 기능들이 크게 감소하여 있고, 회복할 수 있는 예비기능도 감소하여,
 - 각종 스트레스(감염, 수술 등)에 노출될 때 신체기능이 자립적인 생활이 불가능한 정도로 감소하는 취약성이 있으며,
 - 감소된 신체기능이 잘 회복이 되지 않아 결국 와상상태 등의 후유증이 발생하여 다른 사람의 수발이 필요한 상태가 되고, 사망 위험이 증가할 수 있는 상태임.

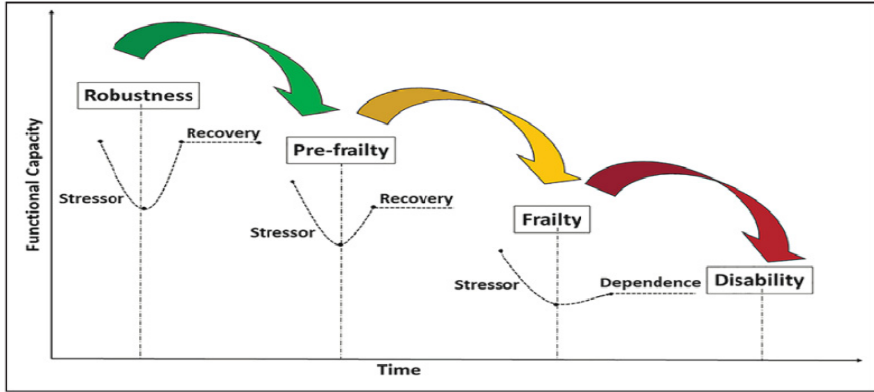
□ 우리나라 노쇠의 현황

- 우리나라 노쇠의 유병률은 65세 이상 노인을 대상으로 한 데이터를 분석한 단면 연구에 따르면, 2008년 41.1%이었다가 2020년 23.1%로 감소한 것으로 나타남.⁷⁴⁾
- 2022년 건강보험통계연보에 따르면, 전체 외래 청구 건수 중 65세 이상 노인의 비율이 의원에서는 29%인데 반해, 한의원에서는 44%에 이르고, 75세 이상으로 범위를 좁혀도 의원급 13%에 비해 한의원은 18%로 높은 비율을 보여, 한의원에 상대적으로 노인의 비율이 높은 것을 알 수 있음.

72) 대한노인의학세부전문의를관리위원회. 노인의학 세부전문의. 의학출판사. 2023.

73) 원장원. 노쇠의 최신지견. 2022

74) Kang MG, Kim OS, Hoogendijk EO, Jung HW. Trends in Frailty Prevalence Among Older Adults in Korea: A Nationwide Study From 2008 to 2020



[그림 5-9] 건강-전노화-노화-질병 단계의 진행.

출처: Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, et. al., Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. J Nutr Health Aging. 2019;23(9):771-787

나. 노쇠 관리에 대한 한의학적 근거

□ 노쇠의 한의학적 관리

※ 다음은 「양생학. 전국한의학대학 예방의학교실. 계축문화사. 2014」와 「신계내과학. 전국한의학대학 신계내과학교실. 군자출판사. 2015」에서 발췌하여 정리함.

○ 노쇠 관리 측면에서 양생의 적용

- 평소 섭생:
 - 식이요법: 소화가 잘 되는 부드러운 음식 섭취, 담백하고 다양한 음식, 뜨겁거나 차가운 음식 피하기
 - 운동: 지구력 및 평형 운동 권장, 개인 맞춤형 운동 프로그램 개발
 - 정신양생: 긍정적 태도 유지, 스트레스 줄이기, 기공 수행
- 만성질환 관리: 고혈압, 당뇨병 등 만성질환 꾸준한 관리
- 사회활동 참여: 사회적 관계 유지, 활발한 사회 참여로 삶의 질 향상
- 병사(病邪) 제거: 스트레스 요인 제거 및 관리
- 돌봄: 가족, 친구, 지역사회의 돌봄 지원, 돌봄 제공자 교육 및 심리적 중재 필요

□ 중국 중의내과노쇠임상지침

- 2019년에 발간한 ‘中医内科临床诊疗指南·老年衰弱’에서는 노쇠에 대한 근거 및 권고사항을 아래와 같이 제시함.

[표 5-15] 노쇠 중의진료지침의 근거수준과 권고등급

구분	치료 방법	근거 수준	권고 등급
변증 론치	신정휴허증(腎精虧虛證): 자보신정(滋補腎精) (귀록이선고(龜鹿二仙膏))	II	C
	기혈휴허증(氣血虧虛證): 익기양혈(益氣養血) (팔진탕(八珍湯), 소피령과립(消疲靈顆粒))	II, III	B, D
	비신양허증(脾腎陽虛證): 온보비신(溫補脾腎) (금궤신기환(金匱腎氣丸), 계부리중환(桂附理中丸), 이선탕(二仙湯))	III, IV	D, E
	비허담습증(脾虛痰濕證): 익기건비(益氣健脾), 화담거습(化痰祛濕) (육군자탕(六君子湯))	III	D
	오장허약증(五臟虛弱證): 익기보혈(益氣補血), 자음조양(滋陰助陽) (십전대보탕(十全大補湯))	III	D
운동 치료	오금희(五禽戲): 주 3~5회, 매회 20~30분	V	E
	역근경(易筋經): 주 3~5회, 매회 20~30분	V	E
	좌식팔단금(坐式八段錦): 3~5회, 매회 20~30분	V	E
식이 요법	식이요법의 기본 원칙: 보신온양(補腎溫陽), 자음보신(滋陰補腎), 이수삼습(利水滲濕), 익기건비(益氣健脾), 건비소식(健脾消食), 청열사화해독(清熱瀉火解毒) 식품.	V	E
고방 (膏方)	귀록이선고(龜鹿二仙膏): 자음전정(滋陰填精), 익기장양(益氣壯陽).	II	C
	경옥고(瓊玉膏): 익기양음(益氣養陰).	III	D
기타 요법	뜸법: 대추(大椎), 중완(中脘), 관원(關元), 족삼리(足三里) 매일 1회 시행.	V	E
	체침: 족삼리(足三里), 신수(腎俞) 매일 1회 시행.	V	E
	혈위부착(穴位貼敷, 天灸): 족삼리(足三里) 매일 1회, 매회 4시간 시행.	C	B
예방 및 조정	만성 질환의 적극적인 예방과 치료.	-	-
	매일 충분한 신체 활동 유지, 예: 걷기, 가벼운 조깅, 등산 등.	-	-
	식이 조절: 담백한 식사를 주로 하고, 기름지고 매운 음식 및 생생한 음식을 적게 먹음.	-	-
	사회와 가정의 노인에 대한 보호 필요함.	-	-

* 권고 등급 A: 최소 두 개 이상 I급 연구결과, B: 한 개의 I급 연구결과, C: II급의 연구결과, D: III급 연구결과, E: IV급 혹은 V급 연구결과.

* 근거 수준 I: 대규모 표본, 무작위 연구에서 결과가 명확하며 위양성률과 위음성률이 낮음, II: 소규모 표본, 무작위 연구에서 결과가 명확하지 않으며 위양성률과 위음성률이 비교적 높음, III: 비무작위적, 동시 대조군 연구(Concurrent study)와 고대 문헌을 기초로 한 전문가들의 합의, IV: 비무작위적, 역사적인 비교와 현대 전문가들의 합의, V: 증례보고, 대조군이 없는 연구 및 전문가의 의견.*

□ 일본 Japan Frailty Scale

- 일본에서는 신허(腎虛)를 노쇠에 가까운 상태라고 하여 이를 기본으로 한 Japan Frailty Scale (JFS)을 만들어 노쇠에 대한 스크리닝 도구로 활용함.

[표 5-16] 일본의 Japan Frailty Scale

질문	답변	점수
야간빈뇨 한밤중에 몇 번 화장실에 가나요?	없음 / 1회 / 2회 이상	0 / 1 / 2
요통 허리에 통증이 있나요?	없음 / 때때로 / 항상	0 / 1 / 2
하지 냉증 다리에서 차가움을 느끼나요?	없음 / 때때로 / 항상	0 / 1 / 2
신체 피로감 몸이 피곤함을 느끼나요?	없음 / 때때로 / 항상	0 / 2 / 4
연령 나이가 어떻게 되나요?	75세 미만 / 75세 이상	0 / 1

* 총점 4점 이상일 경우 pre-frailty 가능성이 있으며, 의사와 상의하도록 함.

다. 노쇠의 진단

□ 노쇠의 진단

- 다양한 평가 도구가 있으며, 그 중 하나가 '한국형 노쇠 선별검사'임. 이 검사는 5가지 항목(탈진, 근력 감소, 보행속도 저하, 신체활동량 감소, 체중 감소)을 평가하여 노쇠 정도를 판단함.

[표 5-17] 한국형 노쇠 선별검사

아래의 각 항목에 1점씩 부여. 3점 이상이면 노쇠 의심, 1,2점이면 노쇠 전단계, 0점이면 건강한 상태 - 탈진: 지난 일주일간 모든 일들이 힘들게 느껴졌나요? (0=극히 드물게 혹은 가끔, 1=종종 혹은 대부분) 0: 일주일 동안 2일 이하, 1: 일주일 동안 3일 이상 - 근력 감소: 보조기구나 타인의 도움 없이 혼자서 쉬지 않고, 10개의 계단을 오르는 데 힘이 듭니까? (0=아니오, 1=예) - 보행속도 저하: 운동장 한 바퀴(400 m) 정도 걷기를 할 수 있습니까? (0=전혀 어렵지 않다, 1=약간이라도 어렵다) - 신체활동량 감소: 지난 7일간 중간 강도의 신체활동이나 격렬한 활동*을 1회 이상 하였습니까? (0=1회 이상, 1=안함) * 무거운 것을 들어올리거나 나르는 일 (20kg 이상), 땅 파기, 노동, 계단으로 물건 나르기 등을 의미함. 단순 걷기는 포함하지 않음. - 체중 감소: 작년 체중에 비해 지난 1년 동안 4.5 kg 이상 감소*하였습니까? (0=아니오, 1=예) * 의도한 체중감량은 제외 출처: 원장원. 노쇠의 최신지견. 2022
--

- 다른 노쇠 분류 기준으로 임상 노쇠 등급 (clinical frailty scale)이 있다. 이는 환자의 상태에 따라 9단계로 구분하는 것으로 아래 표와 같다⁷⁵⁾.

[표 5-18] 임상 노쇠 등급 (clinical frailty scale)

Category		Description
1	매우 건강함	원기 왕성하고, 활동적이며, 활기차고, 의욕적입니다. 여기에 속하는 사람들은 규칙적으로 운동을 합니다. 또래 중에는 가장 건강한 편에 속합니다.
2	건강함	현재 질병으로 인한 증상이 없는 사람들이지만 1번 범주의 사람들보다는 덜 건강합니다. 이들은 가끔 운동을 하거나 활동적인 일을 할 수 있습니다.
3	잘 관리됨	의학적인 문제들은 있으나 잘 조절이 되고 있는 상태입니다. 일상적인 걷기 이상의 규칙적인 활동을 하지 않는 사람들입니다.
4	취약함	일상생활에 다른 사람의 도움이 필요하지는 않지만 질병에 의한 증상으로 인해 종종 활동에 제한을 받습니다. 흔히 움직임이 느려지거나 낮에 피곤함을 느낍니다.
5	경증 쇠약	여기 속한 사람들은 더욱 움직임이 느려지며, 높은 단계의 일상생활(돈 관리, 교통수단 이용, 힘든 집안일, 약 복용) 등에 도움이 필요합니다. 보통 경증 쇠약은 혼자 장보기, 외출하기, 식사 준비와 집안일 하는 것을 점차 어렵게 합니다.
6	중등도 쇠약	모든 밖의 활동과 집안일을 하는 데 도움이 필요합니다. 실내에서는 일반적으로 거동을 오르거나 목욕을 하는 데 어려움이 있고, 씻고 옷을 갈아입을 때 다른 사람의 도움이 필요합니다.
7	중증 쇠약	어떤 이유(신체 장애 또는 인지 장애)로든 개인위생(목욕, 양치, 세수)까지 완전히 남에게 의존적인 삶이 된 상태입니다. 그렇지만 안정적이어서 (6개월 이내에) 사망할 위험성은 높지 않은 사람들입니다.
8	고도 중증 쇠약	완전히 의존적이며 임종기로 진행 중인 상태입니다. 보통, 이들은 경미한 질병이라도 회복하기 어렵습니다.
9	말기	임종기로 진행하는 사람들입니다. 눈에 띄게 쇠약하지 않지만 기대 여명이 6개월 미만인 사람들이 이 범주에 해당합니다.

75) Ko RE et al. BMC Geriatr 2021;21:47

- 이렇게 노쇠에 대해 평가한 이후 다음과 같은 원칙으로 관리함⁷⁶⁾.
 - 질환 여부와 노쇠 여부에 따라 다음과 같이 크게 네 개의 카테고리로 분류할 수 있음. (1) 질병으로 인한 노쇠/기능 저하가 있는 경우; (2) 질병은 없지만 노쇠/기능 저하가 있는 경우; (3) 질병은 있지만 노쇠/기능 저하가 없는 경우; (4) 건강군, 질병과 노쇠/기능 저하 모두 없는 경우.
- (1)은 질병 치료가 되지 않아 질병으로 인한 노쇠/기능 저하가 있는 경우로, 이환된 질병을 우선적으로 치료하고, 질병 때문에 저하된 기능을 호전 및 유지시키는 것을 목표로 관리하는 것이 합리적임.
- (2)는 질병은 없으나 노쇠/기능 저하가 있는 경우로, 질병으로 인한 기능 저하가 아니기 때문에 집중적인 노쇠 관리가 필요한 경우라고 할 수 있다. 노인포괄평가를 통해 기능이 저하된 영역을 파악하고 맞춤형 노쇠 관리가 중요함.
- (3)은 (1)과 마찬가지로 이환된 질병을 우선적으로 치료하고, 치료 이후 기능 상태의 호전을 확인하고 궁극적으로는 노쇠를 예방하는 데 초점을 두는 것이 바람직함.
- (4)는 건강한 군으로 기능이 좋을 때부터 장기적으로 노쇠를 예방하는 것을 목표로 예방적 접근을 권고함.
- 단, (1-4) 경우 모두 복합 질환 이환인 경우 더욱 정교한 치료계획이 필요하며, 이상의 대략적인 원칙을 가지고 환자의 개별 특성을 고려하여 치료계획에 있어 환자 중심 의사결정을 권장함.

□ 장기요양 재택의료센터 포괄평가

- 장기요양 재택의료센터 포괄평가에 대한 구체적인 내용은 제4장 2. 포괄평가를 참고하고 여기에서는 주로 포괄평가 중 노쇠에 대한 부분만 다루기로 함.
- 장기요양 재택의료센터 포괄평가 항목 중 보행능력 및 근력에서 ‘10계단 올라가기 능력’과 영양상태 및 식사행위에서 ‘체중감소 여부’ 항목은 앞에서 제시한 한국형 노쇠 선별평가의 항목임.
- 대상자가 위의 항목과 ‘최근 3개월 이내 노년증후군 발생’, ‘보행능력 및 근력’ 등을 확인하여 노쇠가 의심된다면 앞에서 제시한 선별평가도구를 활용하여 노쇠를 진단할 수 있음.

76) 조비룡, 심하영. 노쇠의 최신지견. 대한의사협회지. 2024 July; 67(7):442-448

4. 신청인의 신체상태				
보행능력 및 근력	보행 보조기구 사용	○ 아니오 ○ 예(□지팡이 □보행차 □휠체어)		
	10계단 올라가기 능력	○ 혼자 가능 ○ 부족하여 가능 ○ 불가능		
	의자에서 일어나 3m 걸고 돌아와 앉기 (TUG Test)	○ 10초 이하 ○ 11~20초 ○ 21~30초 ○ 30초 초과 ○ 수행 불가능		
	하지근력(5SST) (5회 의자에서 일어나기 시간)	○ 15초 미만 ○ 15~30초 ○ 30초 초과 ○ 수행 불가능		
	상지기능 (머리뒤로 양손 깎지끼기)	○ 가능 ○ 불가능(○ 좌측불가능 ○ 우측불가능 ○ 양측 불가능)		
	운동실조 및 서동증 (뇌질환 또는 파킨슨 등으로 신체 움직임의 부조화 및 느림)	○ 없음 ○ 있음		
영양상태 및 식사행위	현재의 키와 체중	○ 키()cm 체중()kg ○ 측정 불가능		
	체중감소 여부	○ 예(최근 6개월에 3kg 이상 감소) ○ 아니오		연하곤란 ○ 없음 ○ 있음
	식사행위 (음식을 차려주었을 때)	○ 혼자 가능 ○ 일부 도와주면 가능 ○ 혼자 불가능	영양 방법	□ 정상 식사 □ 비위관 □ 유동식 □ 위루 □ 기타()
최근 3개월 이내 노년증후군 발생	☐ 어지럼증 ☐ 낙상 ☐ 골절 ☐ 요실금 ☐ 욕창 ☐ 탈수 ☐ 식욕저하 ☐ 호흡곤란 ☐ 섬망 ☐ 수면장애 ☐ 기타()			
	○ 없음			

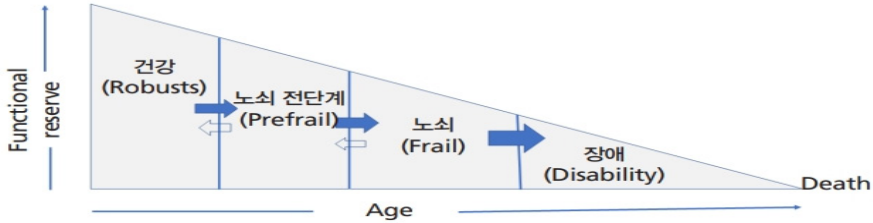
[그림 5-10] 장기요양 재택의료센터 포괄평가 및케어플랜 기록지 중 노쇠 관련 문항

자료: 보건복지부, 국민건강보험공단. 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침 (2025.1) 중 장기요양 재택의료센터 포괄평가 및 케어플랜 기록지

라. 노쇠 관리 방법

□ 노쇠 관리 대상 및 목표

- 장기요양 재택의료센터에서 노쇠의 관리가 필요한 주요 대상자는 혼자 어느정도 활동이 가능한 장기요양 등급 3,4등급에 해당하는 사람임.
- 1, 2등급의 경우에도 움직임 수 있는 범위 내에서 사지운동 강화, 몸통 운동 등을 시행할 수 있음.
- 노쇠 관리의 목표는 건강한 상태에서 노쇠 전단계로, 노쇠 전단계에서 노쇠로, 노쇠에서 질병의 상태로 이환되는 것을 예방하고, 가능하면 보다 건강한 단계로 이동하는 것이 목표임.
- 아래 그림에서 파란색 화살표 방향으로 진행하는 것을 예방하고 투명한 화살표 방향으로 되돌리는 것이 목표임.



[그림 5-11] 노화로 인한 건강-노쇠전단계-장애 진행

출처: 원장원. 노쇠의 최신지견. 2022

- 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침에 따르면 포괄평가 후 케어플랜을 도출할 때 문제목록 중 하나로 '노쇠발생'이 있음.
 - 노쇠 발생에 대한 케어플랜으로는 '노쇠극복 및 신체기능 강화'이며 세부내용은 '규칙적 운동, 영양 제공, 약물 조정, 질병 안정화'임.
- 문제목록 도출 후 이에 따른 중재방안 모색의 방향의 예시로, 의사는 신체 및 정신 기능 회복의 한 측면에서 노쇠회복 기본 중재 적용으로서 운동, 영양, 복용약물 수정 등을, 간호사는 노쇠회복서비스, 사회복지사(케어코디네이터)는 지원 및 자원의 연계를 들고 있음.

신체 및 정신기능 회복 ➤	① (노쇠회복 기본 중재 적용) 운동, 영양(단백질, 비타민D), 복용약물 수정, 간호사, 사회복지사, 보호자, 요양보호사 교육 ② (지역사회서비스 자원 연계 검토) 재활치료사, 치매센터 등 활용 - (일상생활동작훈련) 식사동작, 배설동작, 옷 갈아 입기동작, 목욕동작, 몸단장동작, 이동 동작, 요리 동작, 가사동작 등 - (기본동작훈련) 맨손체조, 기본동작 평가, 뒤집기, 일어나기, 앉아있기, 일어서기, 서있기, 균형, 이동, 휠체어조작 및 이동, 보행, 보장구 장착 등 지켜보기, 도움 제공 등 - (인지기능훈련) 현실지각요법, 종이접기, 회상요법, 음악요법, 미술요법, 원예요법, 요리요법, 레크레이션 등 - (신체기능훈련) 관절운동범위 평가, 근력증강운동, 연하운동, 상지기능, 손가락 정교성 운동, 조화운동, 지구력훈련 등 ③ 통증 관리 ④ (복지용구 제공, 주거환경 개선) 필요시 지역사회서비스 연계 지시
-------------------------------------	---

[그림 5-12] 문제목록에 따른 의사의 중재방안 모색의 방향 예시 중 신체 및 정신기능 회복

자료: 보건복지부, 국민건강보험공단. 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침 (2025.1)

노쇠회복 서비스	➤ ① 노쇠 및 전노쇠, 근감소증 환자 대상 수행 ② 운동(신체활동) 강화 - (마비 및 구축환자) 관절 가동범위 강화를 위한 수동적, 능동적 운동 - (와상환자) 누운 상태에서 가능하면 사지운동 교육(팔다리 관절가동범위 강화), 몸통 굴리기 등 - (하지근력저하 환자) 누워서 다리 들기, 침대 및 의자에서 앉았다 일어서기, 손 붙잡고 발뒤꿈치 들기 등 - (상지근력저하 환자) 주먹 쥐기(악력 강화), 팔운동 등 ③ 주기적 영양섭취 확인: 고른 영양섭취, 단백질 섭취 등 ④ 필요시 지역사회 재활서비스자원 연계: 사회복지사와 논의
------------------------	--

[그림 5-13] 문제목록에 따른 간호사의 중재방안 모색의 방향 예시 중 노쇠회복서비스

자료: 보건복지부, 국민건강보험공단. 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침 (2025.1)



□ 노쇠 관리 개요

- 노쇠는 다양한 영역에서의 기능 저하로 인해 스트레스에 매우 취약한 상태이기 때문에 단편적으로 노쇠를 평가하는 것은 관리 측면에서 제한된 정보를 제공함⁷⁷⁾.
 - 이에 최근 노인병학에서는 노인포괄평가를 통한 노쇠의 진단과 관리 계획 수립을 권장하고 있음.
 - 노인포괄평가는 동반질환, 신체기능, 정서상태, 인지기능, 영양상태, 약제복용상태, 노인증후군 여부 등 다면적으로 평가하는 도구임.
 - 노인포괄평가에 대해 구체적인 내용은 제4장 2. 포괄평가를 참고.
- 한국노인노쇠코호트사업단 연구팀에서 권장하는 노쇠의 주요 관리 영역은 신체활동(physical activity), 회복 탄력성(resilience), 구강 건강(oral health), 만성질환 관리(management of non-communicable diseases), 사회 참여(involvement in society), 금연(smoking cessation), 균형 잡힌 식단(eating various kinds of food)으로, 앞 글자를 따 PROMISE 노쇠 관리 영역으로 기억하면 쉬움⁷⁸⁾.
- 재택의료센터 내에 다학제 팀이 있고 물리치료사 등 운동팀과, 영양사 등 영양팀이 별도로 있다면 구체적인 운동, 영양 평가 및 개입에 대해 의뢰함.

□ 노쇠 관리 방법

- 의뢰하기 어려운 환경이라면 다음과 같은 평가와 개입 방법을 참고.
- 운동 평가 방법
 - 노인의 신체활동 능력의 평가에는 단순 신체활동평가도구(Short Physical Performance Battery, SPPB), 노인체력 검사(Senior Fitness Test, SFT) 등을 이용할 수 있음.
 - ※ SPPB에 대해서는 제4장 2. 포괄평가. 간편 신체기능검사(Short Physical Performance Battery, SPPB)를 참고.
 - SPPB 와 SFT 모두 객관적이고 많이 이용되는 평가도구이지만, 검사에 상당한 시간이 소요되기 때문에 실제 이를 진료실에서 시행하기에는 어려움이 따름.
 - 이에 대한 대안으로 국민체육공단에서 운영 중인 국민체력 100 사업의 체력 측정 및 운동 프로그램 처방을 이용하는 방법을 고려할 수 있음⁷⁹⁾.

77) 조비룡, 심하영. 노쇠의 최신지견. 대한의사협회지. 2024 July; 67(7):442-448

78) 조비룡, 심하영. 노쇠의 최신지견. 대한의사협회지. 2024 July; 67(7):442-448

79) 유호선등.대한가정의학회지.2021;11(4):223-235

- 간단한 검사로는 SPPB 중 일부로 5번 일어났다 앉기 테스트 (Five Times Sit to Stand Test, FTSST)를 할 수 있음. 복잡한 장비 없이 간단하게 평가할 수 있으며, 대상자의 하지 근력과 균형능력에 문제가 있을수록 기록시간은 길어짐.
- 이에 대해서도 제4장 2. 포괄평가 간편 신체기능검사(Short Physical Performance Battery, SPPB) 부분을 참고할 것.

○ 운동 평가 후 개입 방법

- 운동 평가 후 운동 교육 방법으로는 ‘2023 노인 대상 한의약 건강돌봄 진료가이드북’(한국한의약진흥원)의 ‘부록3 - 환자교육 자료’를 참고할 수 있음.

○ 기타 운동 및 신체활동 관리 자료

※ 한국노인노쇠코호트사업단 홈페이지에서 내용을 발췌하였고 기타 자료에서 추가 정리함

- 지구력 운동 (유산소 운동): 주로 큰 근육의 움직임을 포함하는 운동을 10분 이상 지속하는 것. 자전거타기, 걷기, 수영 등의 운동 뿐 아니라 걸레질 등 집안일에서의 활동을 포함함. 주 5~7회, 약간 힘들다고 느낄 정도 또는 최대 심박수의 40~60% 정도로, 한번에 30분 이상 운동을 수행하는 것을 권장함.
- 저항성 운동, 근력 운동: 체중 또는 다른 무게를 활용하거나 탄력 밴드의 수축력을 이용하여 근력을 증가시키는 것. 최소 주 2~3회 이상 시행할 것을 권고함. 또한 스스로 이동할 수 있는 능력 유지와 낙상 방지를 위해 하지 운동이 특히 중요함. (예 : 앉았다 일어서기, 뒤꿈치 들기, 계단 오르기 등)
- 균형 운동: 움직이지 않는 상태에서 균형을 유지하는 정적 균형 운동과 가상의 외줄을 걸여가는 방식으로 움직이면서 지지하는 면을 줄여가는 동적 균형 운동이 있으며, 가급적 일상 생활에 접목시켜 자주 수행하는 것을 권고함. 또한 요가나 태극권과 같이 유연성, 근력 운동과 균형 운동을 복합적으로 수행할 수도 있음.
- 산보(散步)와 좌식 팔단금, 입식 팔단금을 권할 수 있음 (신계내과학교과서)
- 한국노인노쇠코호트 사업단 제공 실내에서 할 수 있는 노인노쇠예방 운동법:
<https://youtu.be/Vqve6Za2R8Q>

유산소운동

1 제자리걷기



- ① 양 발을 어깨너비의 절반 정도로 벌리고 편안하게 서있는 자세를 취한다
- ② 무릎을 골반 높이로 들어올린다.
- ③ 들어올린 무릎과 반대쪽에 위치하는 팔을 'L' 형태로 들어올린다.
- ④ 완성된 자세는 제자리에서 달리기를 하는 모습으로, 양쪽 번갈아 실시한다.

2 양팔 벌리며 한쪽 발 옆으로 펇기



- ① 제자리에 서서 양 팔을 앞으로 뻗어 교차시킨 상태로 준비자세를 취한다.
- ② 팔을 옆으로 펼치며, 한쪽 다리는 앞으로 구부리고 반대편 다리는 옆으로 뻗는다.
- ③ 구부렸던 다리와 뻗은 다리를 모으고 1번으로 돌아가 반대 방향 움직임을 준비.
- ④ 2번 동작의 좌우전환

스트레칭

1 옆구리 스트레칭



- ① 바닥에 양반다리로 앉은 상태에서 동작을 준비한다.
- ② 한쪽 손을 반대 편 무릎 위에 올려놓고 나머지 손바닥이 천장을 향하도록 올린다.
- ③ 팔이 호흡 그리면서 반대편으로 이동할 수 있도록 몸을 옆으로 기울여 상체의 측면이 늘어날 수 있게 하며, 이 자세를 유지한다.

2 엉덩이 스트레칭



- ① 앉아 무릎을 굽히고 손바닥은 엉덩이 뒷 부근에 위치시켜 몸을 안정적으로 지지한다.
- ② 무릎과 골반의 각도가 수직이 되도록 구부린 채 한쪽 측면으로 비틀어준다.
- ③ 이때 다리와 함께 몸통도 같은 방향을 향할 수 있도록 돌려주며 이 자세를 유지한다.

[그림 5-14] 돌봄에서 노인 대상 운동 교육 방법

자료: 한국한의약진흥원, 우석대학교. 2023 노인 대상 한의약 건강돌봄 진료가이드북. 2023.

근력운동

1 양팔 위로 밀기



- 1 발을 어깨 너비로 벌리고 물병을 양손에 쥔다.
- 2 손바닥이 앞을 향하도록 물병을 잡고 팔꿈치가 어깨 보다 살짝 앞으로 오게 한 후, 물병을 귀까지 끌어당겨 준비자세를 취한다
- 3 팔을 머리 위로 들어올리고 1초 멈춘 후 3초간 천천히 내려오는 자세를 반복한다.

2 이두근 운동



- 1 발을 어깨 너비로 벌리고 물병의 중앙을 잡는다.
- 2 손바닥이 앞을 향한 상태로 물병을 잡고 팔꿈치는 옆구리 가까이 위치시킨다.
- 3 팔꿈치의 위치를 유지하며, 손바닥이 몸통을 향할 때까지 팔을 굽힌다.
- 4 이후 무릎의 저항을 느끼면서 3초간 천천히 팔을 펴준다.

한국한의약진흥원

생활근력운동

☑ 무릎 관절염으로 고생하는 경우

한 동작을 3번 연속 진행하기
한 자세를 6초 이상 지속하기



- 1 자리에 누워 다리를 살짝 구부린다.
- 2 한쪽 허벅지 뒤쪽에 손을 끼우고, 몸 쪽으로 당긴다.
- 3 어느정도 당겨온 후 하늘로 무릎을 쭉 뻐낸다.
- 4 허벅지 뒤쪽과 무릎이 시원해지는 걸 느낀다.

☑ 복부 근육 강화

한 동작을 5번 연속 진행하기
한 자세를 6초 이상 지속하기



- 1 자리에 누워 다리를 90도로 구부린다.
- 2 구부린 채로 무릎을 몸통 쪽으로 당긴다.
- 3 손으로 무릎을 밀어주며 복부에 힘이 들어가는지 확인한다.

☑ 짧은 거리도 걷기 힘든 경우

한 동작을 10번 연속 진행하기
한 자세를 6초 이상 지속하기



- 1 의자에 앉아 한쪽 다리씩 무릎을 쭉 뻐낸다.
- 2 그대로 다리와 몸통의 힘으로 일어난다.
- 3 일어날 때 무릎에 힘이 풀리지 않도록 몸을 일직선으로 유지한다.

☑ 골반 바깥쪽 근육 강화

한 동작을 5번 연속 진행하기
한 자세를 6초 이상 지속하기



- 1 의자를 잡고 복대로 서준다.
- 2 한 다리씩 들어 앞으로 밀어준다.
- 3 엉덩이와 복부에 힘이 들어가는지 확인한다.

[그림 5-15] 돌봄에서 노인 대상 근력 운동 교육 방법

자료: 한국한의약진흥원, 우석대학교. 2023 노인 대상 한의약 건강돌봄 진료가이드북. 2023.

○ 영양 평가 방법

- 노인 대상 한의약 건강돌봄 진료가이드북에서는 NQ-E (Nutrition Quotient for Elderly)를 제시함.
 - NQ-E는 식품의약품안전처(2021)에서 제공하는 영양지수로 개인이나 집단의 식사 행동, 식사의 질과 영양상태 등을 종합적으로 평가하여 점수화한 지표임.
 - 설문내용 및 점수산출은 아래 링크를 참고하기 바람.
 - 이 사이트에서는 영양지수 산출 후 맞춤형 영양지도를 할 수 있는 자료도 제공하고 있음.
 - 또는 간이영양평가(Mini Nutritional Assessment, NMA)를 활용할 수 있음.
 - 위와 같은 평가도구를 이용하여 점수를 산출하여 12~14점은 정상, 8~11점은 영양불량 위험 있음, 0~7점은 영양불량으로 평가할 수 있음.
 - 아래의 링크에서 다운 받을 수 있으며 pdf 파일에서 점수를 입력하면 자동 점수 계산되어 최종 등급을 확인할 수 있음.
- <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-mini-korean.pdf>

○ 영양 평가 후 개입 방법

- 영양 교육 자료로는 아래와 같은 ‘2023 노인 대상 한의약 건강돌봄 진료가이드북’ (한국한의약진흥원)의 환자교육 자료(104페이지, 부록 3. 환자 교육자료)를 참고할 수 있음.





[그림 5-16] 돌봄에서 노인 대상 영양 섭취 교육 방법

자료: 한국한의학진흥원, 우석대학교. 2023 노인 대상 한의학 건강돌봄 진료가이드북. 2023.

○ 기타 영양 및 식이습관 관리

※ 본 내용은 한국노인노쇠코호트사업단 홈페이지의 영양 및 식이습관 관리 내용을 참고하여 재구성 함

- 단백질 섭취: 두부, 콩, 계란, 생선, 닭고기, 소고기 등 매끼 단백질 음식을 섭취. 소화능력이 개인의 특성에 따라 다르므로 환자 본인이 소화가 잘 되는 단백질 섭취를 권장하고 단백질 섭취를 위해 반드시 고기만을 먹어야 하는 것은 아님.

- 충분한 양의 음식 섭취: 생선류, 과일류, 채소류, 저지방 우유와 저지방 요구르트 등. 밥과 김치만으로 끼니를 때우거나 인스턴트 식품으로 간단히 해결하려 하지 않기. 식품군이나 영양소의 섭취를 어렵게 생각하지 말고 음식을 가리지 않고 충분히 섭취하기.
 - 비만 관리: 비만인 경우 체중 조절을 위해 식이조절이 필요함.
- 한의학적 치료: ‘노인병(老人病)’의 한의학적 치료에 준하도록 시행하며 신계내과학 교과서(2015)에 기재된 노인병의 한의학적 치료원칙을 정리하면 다음과 같음
- 通補兼施가 노인병의 가장 기본적인 치료원칙임
 - 신체가 허약한 고령 환자는 먼저 胃氣를 살피야 함
 - 신체가 허약하고 邪氣가 實한 경우 通法과 補法을 함께 진행함
 - 病症에 적중하면 해가 없으므로(有故無殞) 功下法이 필요하면 응용할 수 있음
 - 元氣大虧한 경우에는 병을 지닌 채로 延年하도록 함
 - 陰陽이 모두 虧損되면 溫法과 潤法을 병행함
- 평가
- 월 1회 노쇠 선별검사 평가 혹은 포괄 평가시 노쇠 항목 고려함.



4

임종 대처 방법

가. 재택 임종의 실무

- 대상자와의 만남은 재택의료센터 등록이 시작이고 시설 입소나 서비스를 원치 않아 종료하는 경우를 제외한다면, 마지막은 재택임종이 됨.
- 따라서 재택의료센터에서는 임종 징후를 숙지하고 대처할 수 있어야 함.
- 임종 임박시 이를 보호자들에게 알리고 대응방법을 사전에 교육해야 함.
 - 임종이 임박하면 핫라인을 통해 보호자가 재택의료센터와 24시간 연락할 수 있는 방법을 구축해 놓도록 함.

[표 5-19] 주요 임종 징후

	징후	신뢰도
생체 징후 관련 변수	혈압 저하 (수축기 20mmHg 이상 또는 이완기 10mmHg 이상)	상
	낮은 수축기 혈압	하
	분당 맥박 수 증가 (안정된 상태보다 20% 또는 10회 이상)	상
	빠른 분당 맥박 수	하
	산소 포화도 감소 (90% 미만 또는 기존보다 8% 이상 감소)	상
	호흡수 증가 (분당 5회 이상)	중
	빠른 분당 호흡수	하
	체온 증가 (0.5도 이상)	중
	요골동맥(radial artery) 맥박의 소실	중
신경계 변수	소변량 감소(12시간 동안 100ml 미만으로)	중
	의식 수준의 저하	상
	명료하지 않은 의식 수준	하
	목의 과신전	중

	징후	신뢰도
	코/입술의 늘어짐	중
	동공반사의 소실	중
	성대에서 그렁거림	중
	눈꺼풀 닫힘이 안 됨	중
특징적인 호흡	상기도에서 가래 끓는 소리(Death rattle)발생	상
	턱 운동을 동반한 호흡의 시작	중
	체인-스토크스(Cheyne-Stokes) 호흡의 시작	중
그 밖의 변수	낮은 수행도(performance) 지수	하
	근력 저하	하
	부종 있음	하
	높은 혈중 요소 질소 수치	하
	낮은 혈색소 수치	하

자료: 박정렬 기자. “마음의 준비하세요”..의사가 말하는 ‘임종 징후’. 머니투데이. 2024.01.08

원자료: 대한의학회

1) 사전 준비

- 임종 전 환자의 요구사항을 미리 알아 둠(장례방법, 마지막으로 만나고 싶은 사람들, 종교 사목자와의 만남, 시신기증 여부 등).
- 적합한 장례식장을 2-3곳 미리 알아보고 상조회 가입여부를 확인하여 상조회사에도 연락함.
- 강직이 오기 전에 평소 좋아하는 옷으로 갈아입혀드림. (강직이 오면 환복이 어려움)
- 옷 준비(임종 후 몸을 닦아드린 다음 갈아입을 옷-상하의, 속옷, 양말-을 준비해둔다. 평소 아끼던 옷, 즐거워있던 옷, 또는 의미 있는 옷)
- 영정 사진을 미리 준비함. 보정이 필요하면 미리 사진관에서 준비함.
- 부고를 알릴 단체, 지인, 친지들의 연락처 확인하고, 연락을 부탁드릴 대표 몇 분을 미리 정해둬.

2) 임종 과정에서 가족의 역할

- 환자의 이별을 돕기
 - 환자가 하지 못한 말을 표현하도록 도움.
 - 마음을 대신 읽어주기 위해서는 환자에 대한 깊은 이해가 우선되어야 함.
- 가족이 이별의 말을 하기
 - 마지막 인사를 용기내어 함
 - 어린이에게도 놀라지 않게 설명하여 작별인사를 할 수 있는 기회를 줌.
- 임종 시기 돌봄의 최우선 목표는 환자의 편안함.
 - 아무것도 해 줄 수 없다는 무력감을 느낄 수 있으나, 가족이 같이 있어주는 것 자체가 환자에게 큰 위로이므로 순번을 짜서 돌아가면서 환자를 지키는 것이 좋음.
- 환자에게 남은 시간을 그 자체로 수용함.
 - 빠르게 진행되는 임종이나 지연된 임종 모두 가족에게 힘들 수 있으나, 그 모두가 자연스러운 임종임을 받아들임.

나. 임종임박 환자의 변화

1) 신체적 변화

- 극도의 쇠약감으로 들을 수는 있으나 눈을 뜨고 반응하고 표현하기 어려우며 잠을 많이 잠.
 - 이런 상황이 왔을 때를 대비해 미리 대화를 많이 해 두어 계획해두는 것이 좋음.
 - 조용히 손을 잡고 부드럽게 다정한 이야기를 들려줄 수 있고 좋아하던 음악을 잔잔히 틀어주는 것도 좋음.
 - 반응을 확인하려고 일부러 깨우거나 반복적으로 이름을 부를 필요는 없음.
 - 간접조명으로 방을 밝히고 환자의 얼굴을 밝은 쪽으로 돌려줌.
- 혈압이 낮아지고 몸이 차가워지며 특히 손발이 차가워지면서 손발바닥이 청색이나 보라색, 거무튀튀한 색으로 변하고 나중에는 얼굴도 변색됨.
 - 환자는 자각하지 못함.
 - 따뜻한 담요를 덮어주고 조용히 손을 잡아주고 체온을 나누어줌.
 - 뜨거운 패드를 대주면 화상을 입을 수 있으니 주의해야 함.



- 통증을 표현하지 못할 수 있고 또는 섬망으로 통증이 강해진 것처럼 보일 수 있음.
 - 통증을 표현하지 못해도 마지막 순간까지 통증을 느낄 수 있으므로 통증진통제를 유지해야 함.
 - 간기능과 신기능 감소를 고려하여 용량을 줄임.
- 소변양이 급격히 줄어들고, 대소변을 가리지 못할 수도 있어 기저귀나 도뇨관, 직장관이 필요할 수 있음.
 - 의식이 있는 환자는 기저귀를 해야 한다는 사실에 기분이 침체될 수 있음.
 - 임종기 소변량 감소는 신기능저하를 의미할 수 있으므로 지나친 수액 주입(영양제 포함)을 하지 않는 것이 필요함.
 - 체내에 수분이 축적되어 부종이나 가래가 증가하고 호흡곤란이 생길 수 있기 때문이다. 삼킬 수 있는 경우 환자가 원하는 얼음, 물, 주스, 스프, 소다수, 스포츠 음료 등은 환자를 편안하게 하고 전해질 균형을 유지하고 염분 감소로 인한 구역을 최소화할 수 있음.
 - 하지만 억지로 먹게 하면 흡인성 폐렴 유발할 수 있음.
- 숨소리가 거칠어지고 느려지기도 하고 그르렁거리는 소리가 들릴 수 있으며, 가래를 뱉어낼 수 없기 때문에 호흡에 따라 소리가 날 수 있음.
 - 환자는 통증이나 불편감을 느끼지 않으니 가족들도 있는 그대로 받아들이는 것이 좋음.
 - 잘 나오지 않는 가래를 반복적으로 빼려고 흡인하는 것은 환자를 더 힘들게 할 수도 있음(흡인은 상황에 따라 한다.).
 - 환자가 입을 벌리고 호흡하여 구강이 매우 건조하니, 바셀린을 얇게 발라주고 물 스프레이나 젖은 거즈로 점막을 촉촉히 해주며 눈꺼풀이 감기지 않으면 안약을 넣어줌.

2) 정신적 변화

- 환자가 안절부절 못하고 불안정한 상태를 보일 수 있음.
 - 죽음에 대한 불안 또는 장기부전으로 인한 대사변화로 유발됨.
 - 얼굴 찡그리고 뒤척이는 것이 반드시 통증은 아니기 때문에 가장 가까운 보호자가 부드럽고 편안한 목소리로 안심을 시켜주는 것이 좋으나 이 시간이 환자와 보호자 모두에게 가장 힘들 수도 있음.
- 의식이 점차 흐려져 섬망을 보일 수 있으며, 다발성 장기 부전으로 인지도 함께 저하됨.
 - 반의식, 무의식 상태가 되는 경우가 대부분이나 일부는 마지막 순간 의식이 명료해짐.

- 환자 본인도 혼란스러울 수 있으니, 차분한 목소리로 괜찮다고 안심시켜줌.
- 환자에게 자신이 누구인지를 다시 말해주며(엄마, 저 막내예요), 부드럽고 명확하게 진심으로 이야기함.
- 환자는 돌아가신 가족이나 지인을 보기도 하며 어떠한 장소를 보기도 하며, 떠남을 예고하는 말을 하기도 함.
- 환자가 이 세상을 떠남을 인식한다는 의미이니, 헛소리라고 치부하지 말고 환자의 말뜻을 인정해줌.
- 여러 방문객보다 가까운 소수, 한 두명과 조용히 하기를 원할 수 있음.
- 방문객이나 티비 소리로 떠들썩하면 환자가 삶을 정리하는 과정을 방해할 수 있음.
- 질문을 하고 답을 억지로 이끌어내는 것도 바람직하지 않음.
- 환자가 가족들 걱정 때문에 편히 떠나지 못하고 있을 수 있음.
- 가족들이 '준비가 되면 떠나도 좋다' '저희 잘 살게요' 같은 말을 해주는 것이 필요할 수 있음.
- 작별의 순간에는 감정이 올라올 수 있음.
- 작별인사를 하며 따뜻하고 부드럽게 환자를 안아드리고 눈물을 참지 말고 표현을 충분히 하는 것이 좋음.

다. 임종 순간에 동행하는 경우

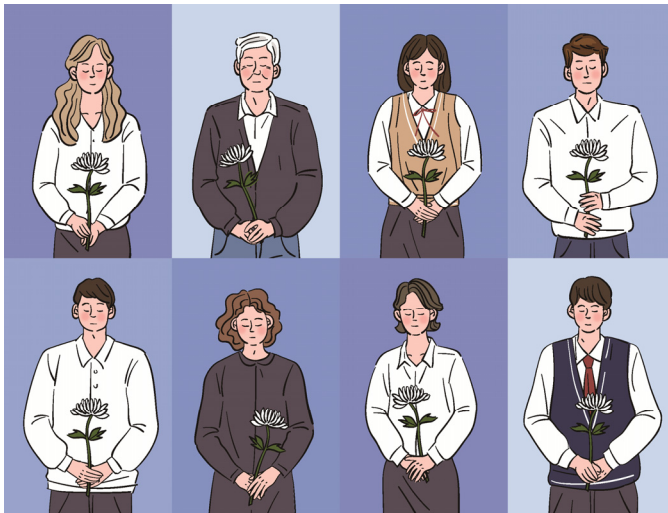
- 호흡이 느려지고 마지막 호흡이 가까워 오면, 지금 임종이 임박했음을 알리고, 임종을 지키지 못한 가족에게 전화를 걸어 마지막 인사를 할 수 있는 기회를 제공하도록 함.
 - 의료진이 차분하게 임종을 선언하고, 가족들에게 환자를 조용히 안아주기, 마지막 인사와 사랑의 말 전하기, 쓰다듬기, 입맞춤 등 마음을 표현하도록 유도함.
- “이 방에는 아직 000님의 영혼이 머물고 계십니다. 한 분씩 돌아가면서 차분히 마지막 작별 인사를 하세요.”
- 애도의 시간을 드림.
 - 임종 확인 후 사망진단서를 작성하여 제공함. 가족이 장례식장에 연락하면 운구 차량이 오게 됨.

라. 사망진단

- 심전도 등으로 사망진단을 하기 어려운 재택 환경에서는, 호흡, 맥박, 동공반사, 혈압, 산소포화도, 청진 등 활용 가능한 수단으로 사망을 확인하여야 함.
- 사망을 확인한 뒤에는 사망을 신고함.
- 간혹 사망진단서에 사망자의 여러 가지 사망원인은 인과순서가 아닌 중요도 순으로 기재하는 경우가 있는데, 주된 병태와 원사인의 개념을 오인해서 생기는 오류임.
 - 세계보건기구의 질병부담연구(Global Burden of Disease)에 따르면 우리나라의 사망원인이 잘 진단된 비율은 80.9%로 경제협력개발기구 35개 회원국 중 29위임.
- 모르면 추정하지 말고 모른다고 쓰고 관련 근거를 진료기록부에 남기도록 함.
- 발병일시는 생물학적인 시점이 아니라 의료진에 의해 확인된 시점임.
- 사망일시 목격 진술이 엇갈린다면 확인 후 근거를 진료기록부에 남기도록 함.
- 임종이 임박했다는 소견서를 미리 써드림.
 - “상기 질환으로 수일 내에 임종이 예상됨”이라는 내용이 포함되어 있어야 함.
 - 검안의가 이 소견서를 보고 병사라는 시체검안서를 쓸 수 있음.
- 마지막 진료 후 내가 진찰한 질환으로 48시간 이내 사망한 경우, 다시 방문하지 않아도 사망진단서 발급할 수 있음.
 - 48시간 초과하면 임종 후 다시 방문하여 발급함.
- 임종 전 48시간 이내에 작성한 소견서를 장례식장 검안의 또는 경찰검안이가 보고 시체검안서를 발급함.
- 마지막으로 진료한지 48시간이 지나지 않았거나, 퇴원 후 예상 질병으로 사망했다면 굳이 다시 진찰하지 않아도 사망진단서 발행 가능.
 - 자연사(=병사)일 때만 가능.
- 시체검안서는 진료한 적 없거나, 진료했어도 다른 원인으로 사망했거나, 질병 아닌 원인으로 사망했을 때 사용하며, 서식은 동일함.
- 시체검안서는 사망진단서와 법적효력이 같으며 장례 및 사망신고 등에 사용할 수 있음.
- 사망진단서는 장례식장(입관용), 화장지 또는 매장지(신고용/ 매장인 경우 관할시 또는 면에 신고), 주민센터(1개월 내 사망 신고), 보험청구용, 직장, 학교 제출용으로

10부 정도 넉넉히 발급하는 것이 좋음.

- 심폐소생술 했다면 심폐소생술 종료시각. 사망했으나 인공호흡기를 안 떼고 기다렸다면, 사망시각은 의학적으로 의료진의 판단에 따라 하면 됨.
- 사망원인은 구체적인 의학적 개념으로 작성함.
 - 가장 앞선 원인: 선행사인-죽음에 이르는 일련의 상태를 초래한 질병이나 손상 또는 치명적 손상을 일으킨 사고나 폭행을 적음.
 - 맨 위에는 직접사인 적음.
 - 병사가 아니면 의료진은 경찰 신고의무가 생기고 유족의 뜻과 무관하게 부검 가능성이 높아짐(경찰도 부검을 꺼리는 경향 있음.) .
 - 그러나 사망 과정을 질병으로 모두 설명할 수 있을 때만 병사라고 써야 함.
- 외인사 중에서 자살 타살 사고사 구별 못 하면 분류 불능(Unclassified) 병사와 외인사 구별도 못 하면 불상(Undetermined)으로 적음.



<예시>

소견서

원부대조필 인

병력번호 * - ***

연 번 호

주민등록번호 4**** - 2*****

환자의 성명	김 * *	성별	여	생년 월일	*****	**
환자의 주소	대* 시 **구 **동 **-* 전 화 : 010-**-*****					
병명	명칭					한국질병분류기호
○ 임상적추정	귀밀샘의 악성 신생물 상세불명의 간질환 상세불명의 영양결핍					C07 K769 E639
○ 최종판단						
발병일			초진일			
진료소견	상기 질환으로 재택의료서비스를 통해 정기적인 의사, 간호사 방문을 통한 임종기 치료를 받고 있던 분으로, 최근 저알부민혈증, 복수 있었고 수일간 구강섭취 불가능하여 수액치료 등 시행하였으나 경과 호전없고 추가적인 처치를 원하지 않는 상황에서 수일 내 사망에 이를 수 있는 환자였기에 검안사 참고해주시기 바랍니다. 감사합니다. (이하 여백)					
비 고			용 도			
위와 같이 소견함 발 행 일 : 20** 년 ** 월 ** 일 의 료 기 관 명 : ***한의원 주 소 및 명 칭 : ***** 전 화 : 0 FAX : 0 면 허 번 호 제 ***** 호 의사성명 *** (인)						

제6장

한의 재택의료센터
Q&A

1

한의 재택의료센터 Q&A

Q. 재택의료센터는 어떤 기준으로 선정되나요?

- 참여를 희망하는 기관은 선정 필수 요건을 충족해야하고, ‘관련 사업 참여 이력’과 ‘재택의료센터 운영 계획’이 영향을 줄 수 있습니다.

A. 답변

장기요양 재택의료센터 시범사업에 참여를 희망하는 의료기관은 지방자치단체(시·군·구)에 신청(신청서 및 계획서 제출) 및 협약을 진행하고 이를 지자체가 국민건강보험공단에 신청하는 방식으로 진행됩니다.

신청을 위해 다음의 자격 요건이 필요합니다.

- (필수) 참여를 희망하는 의료기관은 참여기관 결과 공고 시점에 일차의료 방문진료 수가 시범사업참여 기관으로 선정되어 있어야 합니다.
- (필수) 재택의료센터 기본인력((한)의사(일반의 또는 전문의)·간호사(임상경력 24개월 이상 또는 가정전문간호사)·사회복지사(1급 또는 2급))을 채용하거나 채용 예정이어야 합니다. 선정 공고시 고지된 기간까지 채용하지 못할 경우 선정이 취소됩니다.

지방자치단체는 지역 내 사정을 고려하여 참여 의료기관을 1개소 이상 선정할 수 있고 한 지역 내에서 복수의 의료기관이 재택의료센터 시범사업에 지원 한 경우 관련 사업 참여 이력을 많이 보유하고 지역사회 자원연계 등의 재택의료센터 운영 계획을 잘 구상한 기관이 선정 될 가능성이 높습니다.

- (관련 사업 참여 이력) 시범사업 신청시 제출하는 신청서([별지 제2호 서식]장기요양 재택의료센터 의료기관 지정 신청서)의 방문진료 실적, 장기요양보험 의사소견서·방문간호지시서 발급 건수, 노인요양시설 등의 장기요양 계약의사(축탁의) 진료 건수가 해당됩니다.
- (재택의료센터 운영 계획) 시범사업 신청시 제출하는 계획서([별지 제3호 서식]장기요양 재택의료센터 시범사업 운영 계획서)의 재택의료센터 운영 계획에서 특히 지역사회 자원을 얼마나 잘 파악하고 있는지, 어떻게 연계를 진행할 것인지를 구체적으로 작성하는 것이 좋습니다.

Q.

재택의료센터 기본인력 채용 시 1인이 여러 자격을 보유한 경우 복수 인력으로 인정되나요?

- ☐ 아닙니다. 모든 기본인력은 각 1인 이상 채용되어야 하므로 1인이 여러 자격을 보유하였어도 복수 인력으로 인정되지 않습니다.

A. 답변

만약 1인이 한의사, 간호사, 사회복지사를 동시 취득한 경우, 한의사 또는 간호사 또는 사회복지사 인력 중 한 가지 인력으로만 등록이 가능합니다.

또, 재택의료센터 인력은 타 재택의료센터에 동시 등록할 수 없습니다. 다만, 방문간호센터나 요양기관에 겸업하거나 재택의료센터 업무 외 외래를 겸임 할 수 있습니다.

Q.

장애인 활동지원서비스를 받고있는 환자도 재택의료센터를 이용할 수 있나요?

- ☐ 네, 이용할 수 있습니다.

A. 답변

2023년부터 제도가 개선되어 만 65세 이전에 장애인법에 따른 장애인활동지원급여 수급자였다가, 나이가 들어 노인장기요양급여 수급자가 된 사람과 65세 미만이지만 노인성 질환으로 노인장기요양급여를 이용하는 사람은 장애인활동지원서비스와 재택의료센터 이용을 중복하여 신청할 수 있습니다.

다만, 장애인활동지원급여와 장기요양급여 간의 차이만큼을 활동지원급여로 보전받아 지원받을 수 있으며, 그 차이가 활동지원급여 최저 구간을 넘지 않을 경우에는 중복지원을 신청할 수 없습니다.

Q.

환자가 재택의료센터 시범사업 이용시 장기요양보험 급여 월 한도액이 차감되나요?

□ 아닙니다. 재택의료센터 시범사업의 급여 비용과 장기요양보험 급여체계는 무관합니다.

A. 답변

따라서 재택의료센터 시범사업 이용으로 발생하는 급여비용은 장기요양보험 월 한도액 차감에 영향을 주지 않습니다.

이와 달리 장기요양보험 급여서비스 제공 기관인 시설급여 제공기관(노인요양시설, 노인요양공동생활가정)과 재가급여 제공기관(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호)은 장기요양보험 급여의 월 한도액을 공유합니다. 재택의료센터의 팀은 이를 혼동하지 않고, 일부 환자 및 보호자가 장기요양보험 월 한도액의 차감을 우려하여 재택의료센터의 이용을 부담스러워 하는 경우에 정확한 정보를 안내해 주시면 됩니다.



참고문헌

- Bischoff Heike A, Stähelin Hannes B, Monsch Andreas U, Iversen Maura D, Weyh Antje, von Dechend Margot, Akos Regula, Conzelmann Martin et al. Identifying a cut-off point for normal mobility: A comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised elderly women. Age and Ageing. 2003.
- Bluestein D, Javaheri A. Pressure Ulcers: Prevention, Evaluation, and Management. Am Fam Physician. 2008;78(10):1186-1194.
- By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2015;63(11):2227-2246.;
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. 2010.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies. 1991.
- Dahlgren, Whitehead. Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Futures Studies. 2007.
- Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, et. al., Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. J Nutr Health Aging. 2019;23(9):771-787
- Doan J, Zakrzewski-Jakubiak H, Roy J, Turgeon J, Tannenbaum C. Prevalence and risk of potential cytochrome P450-mediated drug-drug interactions in older hospitalized patients with polypharmacy. Ann Pharmacother. 2013;47(3):324-332.
- Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, et al. Risk factors for adverse drug events

- among nursing home residents. *Arch Intern Med*. 2001;161(13):1629-1634.
- Gill SS, Mamdani M, Naglie G, et al. A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. *Arch Intern Med*. 2005;165(7):808-813.;
 - Gnjjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2012;65(9):989-995.
 - Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol*. 1992;45(10):1045-1051.
 - Heck AM, DeWitt BA, Lukes AL. Potential interactions between alternative therapies and warfarin. *Am J Health Syst Pharm*. 2000;57(13):1221-1230.
 - Hess CT. *Wound Care*. 4판. Springhouse, Penn.: Springhouse; 2002:54-55., Bluestein D, Javaheri A. Pressure Ulcers: Prevention, Evaluation, and Management. *Am Fam Physician*. 2008;78(10):1186-1194.
 - Holbrook AM, Pereira JA, Labiris R, et al. Systematic overview of warfarin and its drug and food interactions. *Arch Intern Med*. 2005;165(10):1095-1106.
 - World Health Organization. (2019). Medication safety in polypharmacy: technical report (No. WHO/UHC/SDS/2019.11). World Health Organization.
 - Jack M. Guralnik 외. A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association With Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission. *Journal of Gerontology*. 1994; 49(2).
 - Kang MG, Kim OS, Hoogendijk EO, Jung HW. Trends in Frailty Prevalence Among Older Adults in Korea: A Nationwide Study From 2008 to 2020
 - Kim HA, Shin JY, Kim MH, Park BJ. Prevalence and predictors of polypharmacy among Korean elderly. *PLoS One*. 2014;9(6):e98043.
 - Kim Sunyoung 외. Development of a Frailty Phenotype Questionnaire for Use in Screening Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American*

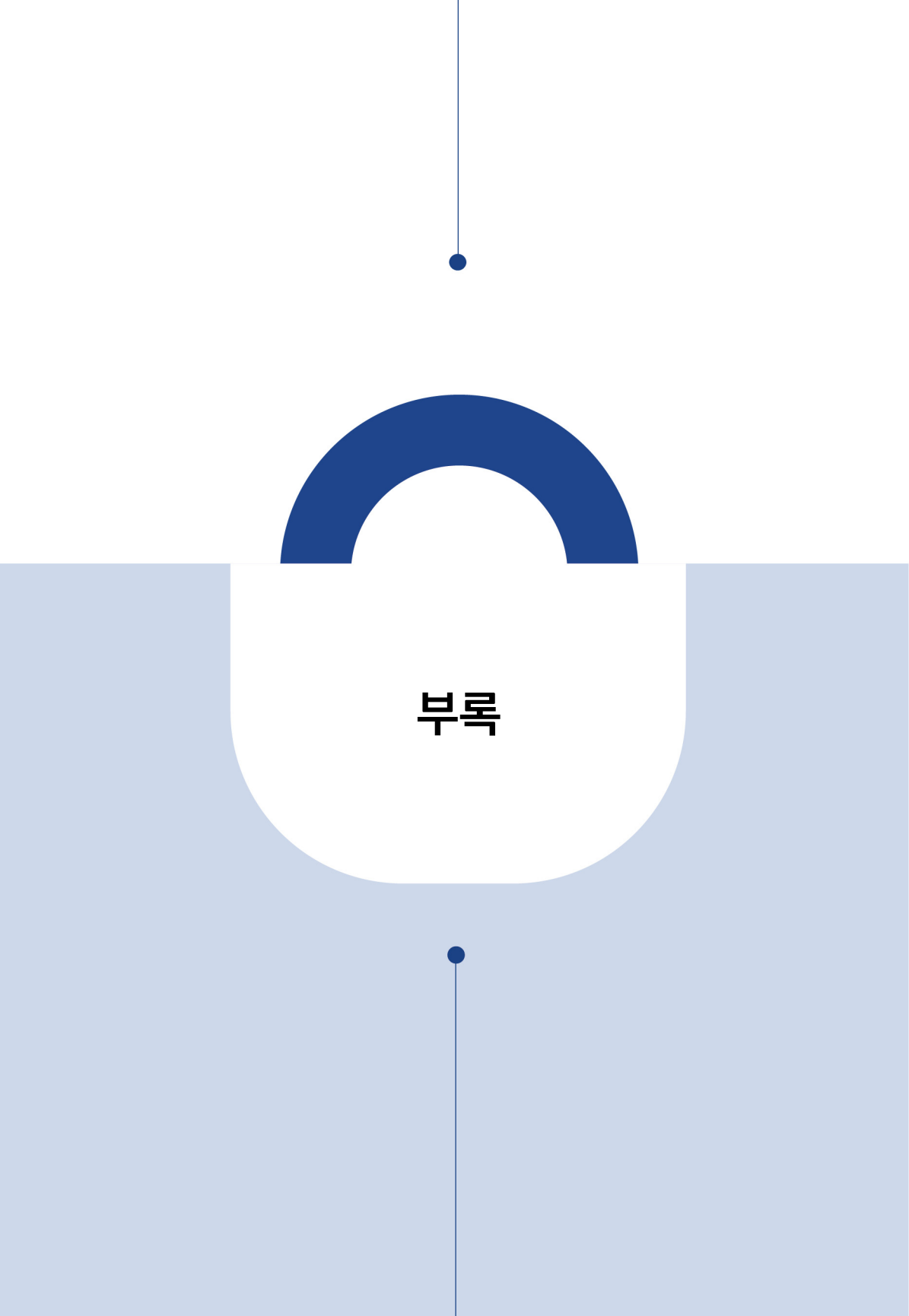
- Medical Directors Association. 2020; 21(5).
- Ko RE et al. BMC Geriatr 2021;21:47
 - Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, et al. High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs: analysis of inpatient database. Geriatr Gerontol Int. 2012;12(4):761-762.
 - Kuijpers MA, van Marum RJ, Egberts AC, Jansen PA; OLDY (OLd people Drugs & dYsregulations) Study Group. Relationship between polypharmacy and underprescribing. Br J Clin Pharmacol. 2008;65(1):130-133.
 - Lu HY, Cho SY, Park SU, Jung WS, Moon SK, Park JM, Ko CN. Do herbal formulas influence the international normalized ratio of patients taking warfarin? A retrospective study. Evid Based Complement Alternat Med. 2015;2015:213927.
 - Lutfiyya MN, Chang LF, McGrath C, Dana C, Lipsky MS (2019) The state of the science of interprofessional collaborative practice: A scoping review of the patient health-related outcomes based literature published between 2010 and 2018. PLoS ONE 14(6): e0218578. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218578>
 - Nerys Williams. The MRC breathlessness scale. Occupational Medicine. 2017.
 - Nestle Nutrition Institute Homepage. 'Mini Nutritional Assessment'. <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-mini-korean.pdf>
 - NICE Clinical Guidelines, Infection Prevention and Control in Primary and Community Care. National Institute for Health and Care Excellence. 2020.
 - Nishimura K, Izumi T, Tsukino M, et al. Dyspnea is a better predictor of 5-year survival than airway obstruction in patients with COPD. Chest. 2002.
 - O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3 [published correction appears in Eur Geriatr Med. 2023 Aug;14(4):633. doi: 10.1007/s41999-023-00812-y]. Eur Geriatr Med. 2023;14(4):625-632.
 - Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005; 353(5):487-497.

- Paloma Martín-Díaz, María Carratalá-Tejada, Francisco Molina-Rueda, Alicia Cuesta-Gómez. Reliability and agreement of the timed up and go test in children and teenagers with autism spectrum disorder. *European Journal of Pediatrics*. 2023.
- Pasina L, Brucato AL, Falcone C, et al. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs Aging*. 2014;31(4):283-289.
- Podsiadlo. D, Richardson. S. The timed 'Up &Go': A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1991.
- Preventing Pressure Ulcers: A Patient's Guide, <https://www.cdss.ca.gov/>
- Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ*. 1997;315(7115):1096-1099.
- Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med*. 2015;175(5):827-834.
- Timed-Up-and-Go (TUG) Test . Alberta Health Services. 2010.
- Tjia J, Velten SJ, Parsons C, Valluri S, Briesacher BA. Studies to reduce unnecessary medication use in frail older adults: a systematic review. *Drugs Aging*. 2013;30(5):285-307.
- Wise J. Polypharmacy: a necessary evil. *BMJ*. 2013;347:f7033. Published 2013 Nov 28.80)
- World Health Organization. Closing the gap in a generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. 2008.
- World Health Organization. Medication safety in polypharmacy: technical report (No. WHO/UHC/SDS/2019.11). World Health Organization. 2019.
- World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. 2010.
- Yim-Chiplis, P. K. Talbot, L. A. Defining and Measuring Balance in Adults. *Biological Research for Nursing*. 2000.

- 강선이, 송주환, 지상호, 김철현, 이상관. 4도 욕창 환자에 대한 가미십전대보탕 투여 및 침욕창 치료와 습윤드레싱의 병행 효과: 치험 1례. 대한한방내과학회지. 2023;44(6):1318-26.
- 국립암센터, 중앙호스피스센터가 제공하는 호스피스 병원 지도로 찾기 : <https://hospice.go.kr:8444/?menuno=16>
- 권진숙 외. 사례관리 전문가교육. 한국사례관리학회. 2012.
- 김정윤, 김혜경, 김수경, 임승환. 욕창의 한의학적 치료에 관한 고찰. 한방안이비인후피부과학회지 2019;32(3):87-104
- 김정은. 케어매니지먼트—모니터링과 평가. 숭실사이버대학교 강의자료. 2021
- 김창오. 의사·간호사·사회복지사를 위한 재택의료지침서. 서울의학서적. 2023.
- 김춘미 외. 지역사회보건간호학. 수문사. 2018.
- 김태준. 베스트인턴 8판. 대한의학. 2022
- 노영희 외. 융합연구 방법론. 도서출판 청람. 2023.
- 대한노인의학세부전문의관리위원회. 노인의학 세부전문. 의학출판사. 2023.
- 대한의학회. 일차의료용 근거기반 만성폐쇄성폐질환(COPD) 임상진료지침. 2019.
- 대한창상학회. 창상드레싱제. 군자출판사, 2018
- 메딕메디슨학술국, REAL OSCE, 메딕메디슨, 2023.
- 박옥경, 김정하, 프셉마음: 상처·장루편, 드림널스, 2022.
- 박정란, 황세인. 사례관리(제4판). 양서원. 2024.
- 백현욱. 고령자 영양 관리. Korean J Gastroentero. 2019.
- 베스 프레이트츠. 생활습관의학 핸드북. 대한생활습관의학교육원. 2022.
- 병원간호사회에서 발간한 근거기반 임상간호실무지침, 경장영양. 2019.
- 병원상처장루실금간호사회, 상처 시각화 사전, 군자출판사, 2017.
- 보건복지부. 제3차 장기요양기본계획(2023~2027)
- 보건복지부 보도자료. 장기요양 재택의료센터 시범사업 참여 지방자치단체·의료기관 모집. 2024.11.11.

- 보건복지부, 국민건강보험공단. 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침. 2024.1.
- 보건복지부, 국민건강보험공단. 노인장기요양 방문간호 급여제공 매뉴얼. 2014.11.
- 보건복지부 보도자료. 국민건강보험공단. 거동불편 노인 찾아가는 의료서비스, ‘장기요양 재택의료센터’ 확대. 202.11.14.
- 보건복지부. 노인의료·돌봄 통합지원 시범사업 안내. 2023.
- 보건복지부, 국민건강보험공단. 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침. 2024
- 보건복지부. 방문건강 및 AI-IoT 어르신 사업 통합모형 서비스 개발연구-통합서비스 모형 업무 프로토콜. 2024.02.
- 보건복지부. 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북. 2020.
- 보건복지부, 행정안전부, 국토교통부. 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어). 대한민국 정책 브리핑. 2021.11.17.
- 분당서울대학교병원 재택의료 역량강화 자료집.(사회복지사과정). 2023.
- 사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률 제42조의2
- 식품의약품 안전처 홈페이지 영양지수 프로그램 영양지수 체크리스트
https://various.foodsafetykorea.go.kr/nq/oldman_survey.html
- 양선희 외, 기본간호학II, 현문사, 2020.
- 욕창간호실무지침 2020, EPUAP/NPIAP international guideline. 2019.
- 원장원. 노쇠의 최신지견. 2022
- 유호선 등. 대한가정의학회지. 2021;11(4):223-235
- 윤주영. 노인 사례관리의 이해 발표자료. 2023.
- 응급의료에 관한 법률, 제2조, 전문개정 2021.12.21.
- 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률. [시행 2026. 3. 27.] [법률 제20415호, 2024. 3. 26., 제정]
- 이상운, 이선동. 한의 예방의학의 특징에 관한 문헌적 고찰. 대한예방한의학회지. 1997.
- 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침 (2024.1) 중 장기요양 재택의료센터 포괄평가 및케어플랜 기록지
- 장숙량. 포괄적 평가와 케어플랜. 다학제 케어코디네이터 강의자료. 2024

- 장애인 활동 지원에 관한 법률 제2장 활동지원급여의 인정.
- 조비룡, 심하영. 노쇠의 최신지견. 대한의사협회지. 2024 July; 67(7):442-448
- 조성일. 건강형평성. J Korean Med Assoc. 2015.12.
- 조정완. 한국인의 주관적 건강수준 결정요인과 건강불평등 분석. 국내박사학위논문 성균관대학교 일반대학원, 2022. 서울.
- 지규용. 한의학의 정의에 관한 연구. 동의생리병리학회지. 2019;33(5):261~266.
- 진한빛, 이미진, 민정철, 민백기, 방호열, 임정태. 비대면 한의진료를 통한 교육으로 완치한 욕창환자 3례에 대한 증례보고. 대한한의학회지 2024;45(2):
- 질병관리청 국가건강정보포털, 가정방문간호사를 위한 실무지침서
- 한국노인노쇠코호트 사업단 홈페이지. ‘실내에서 할 수 있는 노인노쇠예방 운동법’
<https://youtu.be/Vqve6Za2R8Q>
- 한국사회보장정보원 웹사이트 보건소 보건서비스 소개
<https://www.e-health.go.kr/gh/heSvc/selectHeSvcInfo.do?menuId=200034>
- 한국한약진흥원, 우석대학교. 2023 노인 대상 한약약 건강돌봄 진료가이드북. 2023.

The image features a minimalist design with a light blue background. A white, semi-circular shape is centered in the lower half. Above it, a dark blue arc is visible. Two vertical lines, one above and one below the white shape, each end in a small dark blue dot.

부록

부록1

장기요양 재택의료센터 시범사업 지정
의료기관 현황(1~3차)

[장기요양 재택의료센터 시범사업 지정 의료기관 현황(1~3차)]

(단위 : 개소, 기준 : '24.12.20.)

구분	시도	의료기관명	1차	2차	3차	비 고
총 계			28	95	135	
한 의 원 (35)	1	365어울림한의원		0	X	3차 탈락
	2	우리네한의원		0	0	
	3	희당한의원		0	0	
	4	어깨동무한의원			0	
	5	힘찬세상경희한의원			0	
	6	화목한의원		0	0	
	7	그린한의원			0	
	8	김성진한의원		0	0	
	9	옥련한의원		0	0	
	10	향촌한의원		0	0	
	11	안심한의원			0	
	12	다산한의원			0	
	13	선재편한몸한의원		0	0	
	14	양산한의원		0	0	
	15	대화한의원			0	
	16	김정철한의원		0	0	
	17	노은바로한의원		0	0	
	18	민들레한의원		0	0	
	19	원한의원		0	0	
	20	경희내외한의원		0	0	
	21	중동한의원		0	0	
	22	행복한마을한의원		0	0	
	23	역곡휘문한의원			0	
	24	탱자한의원			0	
	25	강원(1)			0	
	26	충북(1)			0	
	27	문곡16형대추발한의원	0	0	0	1~3차 지속
	28	해맑은한의원		0	0	
	29	대산한의원			0	
	30	건강하마울한의원	0	0	0	1~3차 지속
	31	서동한의원		0	0	
	32	경희365한의원			0	
	33	대한환경보건의술한의원			0	
	34	소망한의원			0	
	35	전남(1)		0	0	

구분	시도	의료기관명	1차	2차	3차	비 고
	36	공룡한의원		○	X	3차 탈락
	37	경남(3) 동방신통부부한의원	○	○	○	1-3차 지속
	38	현담한의원		○	X	3차 탈락
	소계		3	24	35	
의 원 (80)	39	건강의집의원	○	○	○	1-3차 지속
	40	돌봄의원		○	○	
	41	동동가정의학과의원		○	○	
	42	무지개의원		○	○	
	43	미래신경과의원		○	○	
	44	베스트의원		○	○	
	45	살림의원	○	○	○	1-3차 지속
	46	서울36의원		○	○	
	47	서울봄연합의원		○	○	
	48	서울신내의원	○	○	○	1-3차 지속
	49	서울연세의원		○	○	
	50	서울의원		○	○	
	51	연세가정의원		○	○	
	52	우리동네30분의원	○	○	○	1-3차 지속
	53	정내과의원		○	○	
	54	정다운우리의원	○	○	○	1-3차 지속
	55	파티마의원	○	○	○	1-3차 지속
	56	더불어내과의원			○	
	57	마을의원			○	
	58	행복한가정의학과의원			○	
	59	서초아가페의원			○	
	60	대한민국의원			○	
	61	서울본내과의원			○	
	62	부산(2) 민들레돌봄의원		○	○	
	63	한빛내과의원			○	
	64	대구(3) 다울연합의원		○	○	
	65	바른의원		○	○	
	66	위드의원		○	○	
	67	인천(2) 평화의원	○	○	○	1-3차 지속
	68	조경준의원			○	
	69	광주(4) 맑은숨우리내과의원		○	○	
	70	시니어통합의원		○	○	
	71	우리동네의원		○	○	
	72	첨단가족연합의원	○	○	○	1-3차 지속
	73	민들레의원	○	○	○	1-3차 지속
	74	성모외과의원		○	○	
	75	대전(5) 푸른의원		○	○	
	76	하나의원		○	○	
	77	복심자의원			○	
	78	고려외과의원		○	○	
	79	경기(21) 느티나무의원		○	○	
	80	모두의원		○	○	
	81	부천시민의원	○	○	○	1-3차 지속

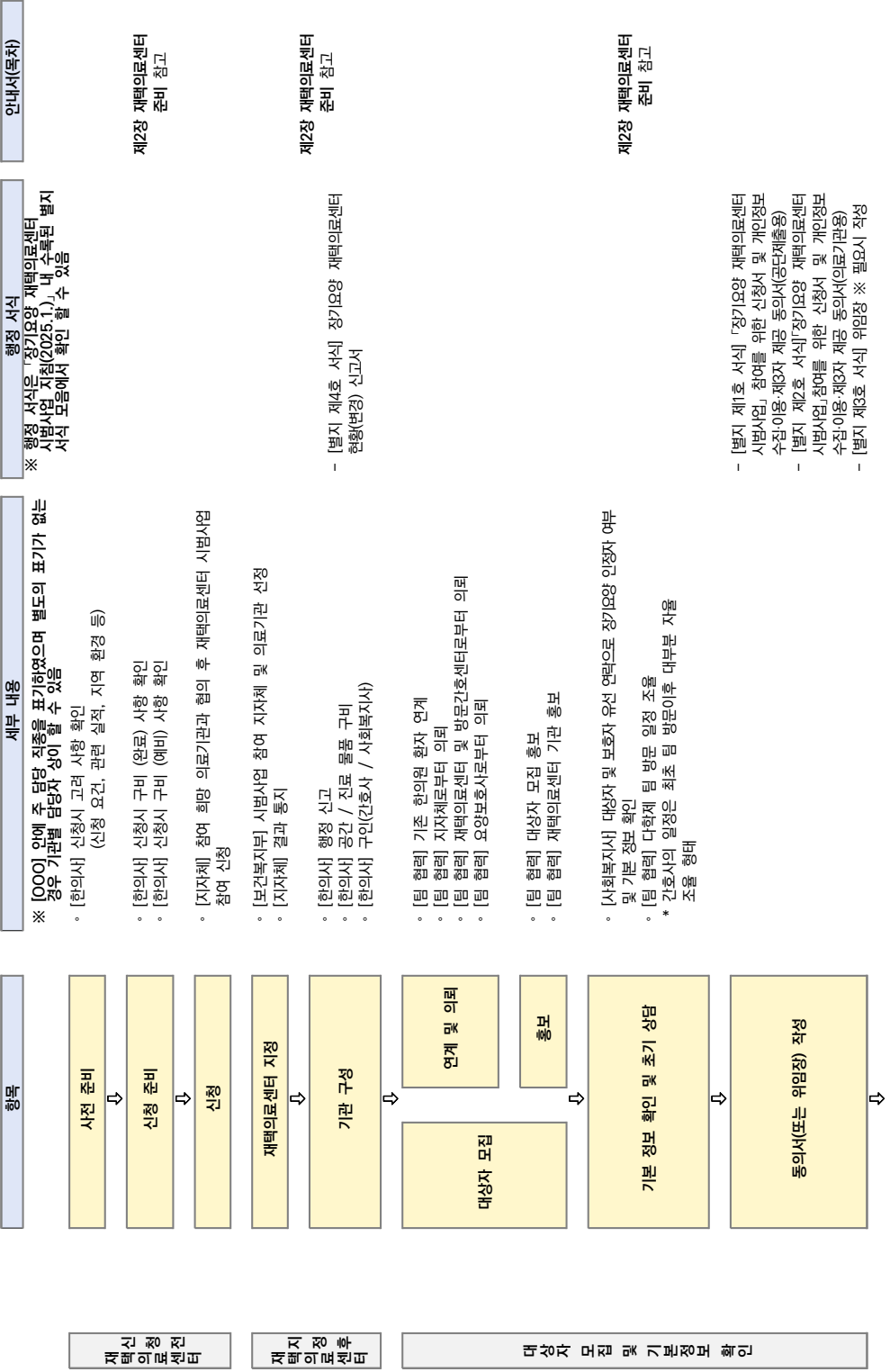
구분	시도	의료기관명	1차	2차	3차	비 고
	82	새안산의원	○	○	○	1~3차 지속
	83	서안성의원	○	○	○	
	84	서울온케어의원		○	○	
	85	서울홈케어내과의원	○	○	○	1~3차 지속
	86	연세365매일의원	○	○	○	1~3차 지속
	87	연세송내과의원	○	○	○	1~3차 지속
	88	온내과의원		○	○	
	89	집으로의원		○	○	
	90	편한자리의원		○	○	
	91	홈닥터예방의학과의원		○	○	
	92	희망의원	○	○	○	
	93	연세가정의원			○	
	94	새날의원			○	
	95	입북삼성가정의학과의원			○	
	96	모두의원			○	
	97	시민의원			○	
	98	홈케어의원			○	
	99	밝음의원	○	○	○	1~3차 지속
	100	연세민내과의원		○	○	
	101	정성플러스의원		○	X	3차 탈락
	102	이정환내과의원			○	
	103	김영태신경외과의원		○	○	
	104	진천의원	○	○	○	1~3차 지속
	105	우리동네의원		○	○	
	106	미래산부인과의원			○	
	107	고산성모의원		○	○	
	108	대산연합의원		○	○	
	109	이상권가정의학과의원		○	○	
	110	탑가정의학과의원		○	○	
	111	현대의원			○	
	112	더나은가정의학과의원			○	
	113	전남(1) 고금의원		○	○	
	114	경북(3) 소망의원		○	○	
	115	바른길의원			○	
	116	내집에서의원			○	
	117	경남(1) 하동군민여성의원		○	○	
	118	제주(2) 노형365춘의원	○	○	○	1~3차 지속
	119	메디오름가정의학과의원			○	
소계			19	59	80	
공공 병원 (20)	120	서울(1) 종로구보건소	○	○	X	3차 탈락
	121	송정보건지소			○	
	122	인천(1) 인천의료원			○	
	123	광주(1) 광주서구보건소			○	
	124	경기도의료원수원병원	○	○	○	1~3차 지속
	125	경기도의료원안성병원		○	○	
	126	경기도의료원의정부병원		○	○	

구분	시도	의료기관명	1차	2차	3차	비 고
	127	경기도의료원이천병원		○	○	1-3차 지속
	128	경기도의료원파주병원	○	○	○	
	129	경기도의료원포천병원		○	○	
	130	국민건강보험공단 일산병원	○			
	131	수정구보건소	○			
	132	강원(1) 평창보건의료원			○	
	133	충청남도천안의료원		○	○	
	134	충남(4) 공주의료원			○	
	135	청양군보건의료원			○	
	136	홍성의료원			○	
	137	전북(1) 남원의료원			○	
	138	담양군보건소		○	○	
	139	전남(4) 완도군보건의료원		○	○	
	140	전라남도순천의료원	○	○	○	1-3차 지속
	141	영암군보건소			○	
	142	경북(1) 의성군보건소		○	X	3차 탈락
	143	제주(1) 제주의료원			○	
소계			6	12	20	

부록2

재택의료센터 프로세스

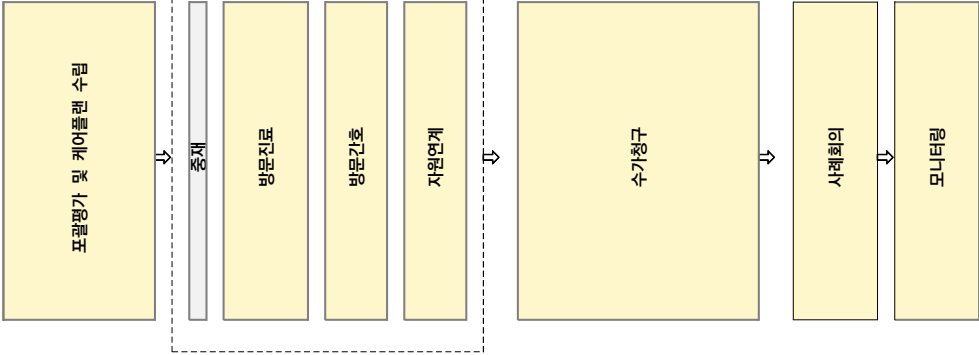
[부록 2] <재택의료센터 프로세스>



재택의료센터

재택의료센터

대상자 모집 및 기본정보 확인



사회복지자원관리시스템

- [팀 협력 포괄평가] 대상자 건강상태 평가, 공통검사 시행
 - * 공통검사 : 건강/질병상태, 신체상태, 정신상태, 신체장신적 자립생활 기능성, 의료 처치 및 건강관리 필요 항목, 사회/환경 평가, 서비스 이용현황
 - * 팀 포괄평가 1년 마다 정기 시행, 필요시 수시 시행
- [팀 협력케어플랜 수립] 포괄평가 결과를 토대로 사례회의를 거쳐 케어플랜 수립
 - [환의사] 월 1회 이상 방문진료 제공
 - [간호사] 월 2회 이상 방문간호 제공
 - [사회복지사] 주기적 상담을 통한 욕구·동일 수요 발굴 및 서비스 연계 서비스 제공
 - 재택의료센터 금여비용 청구
 - 가) 방문진료로(임차의료) 한의 방문진료 수가 시범사업 산정기준을 따름
 - 나) 재택의료기본료(재택의료팀의 중재 및 사례관리 제공 조건에 부합하는 경우 산정)
 - 다) 추가의료(헬프)를 초과하여 방문 간호를 제공한 경우 산정
 - 라) 자속관리료(6개월 이상 연속하여 사례관리 제공한 경우 산정)
- [팀 협력] 재택의료팀 사례회의를 소집하고 케어플랜을 수립 및 재조정
 - [팀 협력] 수립된 계획에 따라 치료 및 생활개선이 진행되는지 또는 대상자 상태에 따라 계획 변경이 필요한지 점검

포괄평가 및 케어플랜 수립



중재

방문진료

방문간호

자문연계



수기청구



사례회의



모니터링

* 「환의아 건강돌봄 전문인력 양성 교육 프로그램 개발 연구(한국한의학진흥원, 2024)」 및 「장기요양 재택의료센터 시범사업 지침(보건복지부, 2025)」을 참고함

- 제3장 사례관리 방법
- 제4장 다직종 협력과 지역사회 자원 연계 방법 참고
- 제2장 재택의료센터 준비
- 제5장 재택의료센터에서의 방문진료 참고
- 제4장 다직종 협력과 지역사회 자원 연계 방법 참고
- 제4장 다직종 협력과 지역사회 자원 연계 방법 참고
- 제4장 다직종 협력과 지역사회 자원 연계 방법 참고
- 제3장 사례관리 방법
- 제4장 다직종 협력과 지역사회 자원 연계 방법 참고
- 제3장 사례관리 방법
- 제4장 다직종 협력과 지역사회 자원 연계 방법 참고

한의원 장기요양 재택의료센터 안내서

2025. 02